جامعة الإسكندرية كلية الآداب قسم علم النفس

قياس فاعلية برنامج إرشادى
معرفي لتنمية الذكاء الوجدانى لدى أمهات الأطفال التوحديين

Measurement of the Effectiveness of a counseling – Cognitive program for improving the Emotional Intelligence of Autistic Children's Mothers

بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في الآداب

من قسم علم النفس

إعداد الطالبة

دينا على أحمد على الإسكندرانى

إشـــراف

أ.د / عبد الفتاح محمد دويدار
أستــاذ علــم النفس

كلية الآداب جامعة الإسكندرية

2011

بسم الله الرحمن الرحيم

"ربنا أتنا في الدنيا حسنة وفي الآخرة حسنة وقنا عذاب النار"

صدق الله العظيم

الأية {201} سورة البقرة

شكر وتقدير

أتقدم بوافر الشكر والتقدير إلى **أ.د. عبد الفتاح محمد دويدار** أستاذ علم النفس بكلية الآداب، جامعة الأسكندرية على ماقدمه لي من العون والتشجيع وبذل كثير من الجهد لإتمام هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى **أ.د. عادل شكري** على مساعدته لي ومنحي كثيراً من الوقت والآراء السديدة.

وكذلك أتقدم بوافر الشكر والاحترام إلى كل من **أ.د. مدحت عبد الحميد عبد اللطيف** أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب، جامعة الأسكندرية ، و **أ.د. مرزوق عبد المجيد أحمد مرزوق** أستاذ علم النفس ووكيل كلية التربية لشئون الطلاب ، جامعة الأسكندرية على تشريفي بقبولهما حضور جلسة المناقشة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى **د. السيد محمد صالح** على مراجعته اللغوية لهذا البحث.

وأقدم وافر الشكر والامتنان لكل أصدقائي وأحبائي الذين بذلوا كثيراً من الجهد وعاونوني كثيراً في إتمام هذا البحث.

وأخيراً وليس آخراً ؛ أتقدم بالشكر والتقدير لأسرتي الحبيبة، فأقدم جزيل الشكر لأخي الحبيب ، كما أتقدم بوافر الشكر والتقدير والأمتنان لقلبي الذي يمشي على الأرض؛ أمي الحبيبة التي لطالما عاونتني وسهرت لأجلي وشجعتني منذ طفولتي ، وحتى إتمام هذه الدراسة.

وكذلك أقدم كل الشكر والتقدير لأقرب الأشخاص إليَّ في هذه الدنيا؛ أبي الحبيب ومثلي الأعلى، الذي أتمنى أن أكون قد حققت له مايتنماه لي . أدامهم الله لي جميعاً وجزاهم عني خير الجزاء.

وفي النهاية ، فإن هذا البحث ماهو إلا عمل بشري والكمال لله وحده ؛ فإن كنت قد أصبت فهو توفيق من الله، وإن كنت قد أخطأت فما أنا إلا طالبة علم تتعلم وتستفيد من أخطائها.

المحتويات

الموضوع **رقم الصفحة**

فهرس الجداول...3
فهرس الأشكال...3
فهرس الملاحق..3

مقدمة *4*

الفصل الأول

مشكلة البحث وأهدافه *6-11*

مقدمةالبحث...7
مشكلة البحث..7
أهداف البحث..7
أهمية البحث..8
المفاهيم والتعريفات الإجرائية للمتغيرات...8
المنهج المستخدم..10
العينة...10
أدوات القياس..11
الأسلوب الإحصائي..11

الفصل الثانى

الإطار النظري *12-65*

أولاً: الذكاء الوجداني...13
ثانياً: اضطراب ضغوط مابعد الصدمة...35
ثالثاً: التوحد...51
المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدى من وجهة نظر الوالدين..........65

الفصل الثالث

الدراسات السابقة *66-77*

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة...67
ثانياً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الإعاقة العقلية وانخفاض الصحة النفسية للوالدين 71
ثالثاً: الدراسات التي تناولت فاعلية البرامج الإرشادية في رفع الصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق ذهنياً..75
تعقيب على الدراسات السابقة...76
فروض الدراسة...77

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته 78-87

منهج البحث...79

عينة البحث...79

أدوات البحث..80

إجراءات البحث والصعوبات التي واجهت الباحثة................................86

الفصل الخامس

نتائج البحث ومناقشتها 88-93

نتائج الفرض الأول...89

نتائج الفرض الثاني...90

نتائج الفرض الثالث..90

نتائج الفرض الرابع...91

نتائج الفرض الخامس...92

نتائج الفرض السادس...93

خلاصة البحث وتوصياته والبحوث المقترحة....................................94

مصادر البحث 95

الملاحق 100

ملخص البحث باللغة العربية...139

ملخص البحث باللغة الإنجليزية..1

قائمة الجداول

جدول (1) نتائج استخدام اختبار (ت) ودلالته بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على مقياس الذكاء الوجداني	89
جدول (2) نتائج استخدام اختبار (ت) ودلالته بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ضغوط مابعد الصدمة	90
جدول (3) نتائج استخدام اختبار (ت) ودلالته بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على مقياس تقدير المشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم	91
جدول (4) معاملات الارتباط بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وأبعاد الذكاء الوجداني	92

قائمة الأشكال

شكل (1) الوصف الدائري لنموذج الفروع الأربعة في الذكاء الوجداني لماير وسالوفي	20
شكل (2) المنظور الفيسيولوجي للمخ الانفعالي الوجداني والمخ المنطقي	27
شكل (3) العلاقة بين الجانب العقلي والجانب الانفعالي	29
شكل (4) نموذج للاستجابة الإنسانية للضغوط	36
شكل (5) النموذج السيكولوجي في تفسير اضطراب ضغوط مابعد الصدمة	45
شكل (6) أعراض التوحد	54

قائمة الملاحق

ملحق (1) بطارية الاختبارات المستخدمة في البحث	100
ملحق (2) جلسات البرنامج الإرشادي المعرفي	107
ملحق (3) الملصقات التي استخدمت في جلسات البرنامج الإرشادي المعرفي	123

مقدمة

إن من أعقد المشكلات التي يمكن أن تواجه أي أسرة ، أن يكون لديها طفل معاق عقلياً . فالمعاق عقلياً كان عليه – إلى وقت قريب- أن يواجه إما العزلة أو الأهمال أو الوفاة، حيث كان الوالدان وبقية أفراد الأسرة يفتقدون عادة الاستعداد والمعرفة اللازمين للتعامل الصحيح مع الشخص المعاق عقلياً. حيث تختلف ردود الأفعال النفسية تجاه ولادة طفل معاق من عائلة إلى أخرى، وتتراوح هذه الانفعالات السلبية بين الإنكار ، واللوم، والشعور بالذنب ، والحداد ، والرفض، والرغبة في الموت، والقلق، والاكتئاب، واليأس والتشاؤم ...وغيرها.

ومن المعروف أن النظرة الإيجابية المرنة نحو الطفل المعاق تتأثر بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي ، كما تتأثر بالبعد الثقافي والتعليمي والسياسي لأي مجتمع، ويظهر ذلك من خلال إحاطة الطفل المعاق بالمقومات الأساسية نحو دفعه باتجاه الإنتاج والنمو الطبيعي واعتباره فرداً فاعلاً في المجتمع.

وبما أن هذه النظرة تختلف من مجتمع إلى آخر ، فإنها تبدو متباينة أيضاً من أسرة إلى أخرى ، كما أنها تتأثر بعوامل كثيرة ومتنوعة ولكنها أحياناً معقدة لأنها تتناول الأبعاد النفسية الغامضة والمشاعر والوجدانات السلبية غير المصرح بها لدى أهل الطفل المعاق وذويه وإخوانه والبيئة والمجتمع من حوله. (عبد الفتاح دويدار،1998،ص:1).

وتعد من أكثر الإعاقات صدمةً للأسرة التوحد؛ وذلك لأن الطفل يبدو – نوعاً ما - طبيعياً في النمو حتى سن معينة (ثلاثون شهر تقريباً) ثم يحدث تدهور عام يفقد فيه الطفل ماتعلمه واكتسبه في الفترة السابقة، على عكس باقي الإعاقات الذهنية التي يمكن اكتشافها حتى أثناء الحمل أو بعد الولادة والتي يغلب فيها التأخر العام للطفل.

ولذلك تحدث صدمة عنيفة للوالدين قد يستطيعان أن يتغلبا عليها سريعاً، وقد لايستطيعان ويقعا فريسة لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة.

والجدير بالذكر أن هناك بوجه عام من هو قادر على تخطي الأزمات والصدمات سريعاً، ولديه القدرة على السيطرة على مشاعره السلبية وتحويلها إلى مشاعر إيجابية، ولديه قدر من الدافعية للاستمرار والتغلب على الصعاب، والتكيف مع الظروف الضاغطة والتي لايمكن تغييرها ، ولكن تختلف هذه القدرة لدى الأفراد وفقاً لذكائهم الوجداني.

ويحاول البحث الحالي دراسة هذا المتغير(الذكاء الوجداني) ومعرفة مدى تأثيره على تخفيف حدة الضغوط والاضطرابات النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين، وكذلك تأثيره في تحسين وجهة نظر الأم تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لطفلها التوحدي.

الفصل الأول

مشكلة البحث وأهدافه

الفصل الأول

مشكلة البحث وأهدافه

مقدمة:

يعد التوحد من الاضطرابات النمائية التى يتعرض لها الطفل والتى تؤدى بدورها إلى عدد من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين، مما ينعكس بشكل مباشر على الصحة النفسية لهما . فأسرة الطفل التوحدى تتحمل كثيراً من الضغوط والصعوبات منذ الفترة السابقة لتشخيص حالة الطفل تشخيصاً دقيقاً ، مروراً برحلة العلاج والتأهيل الطويلة التى تؤدي بشكل أو بآخر إلى إصابة الوالدين – أحدهما أو كلاهما – بأى شكل من أشكال سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

ويمكن أن نفسر إصابة أم الطفل التوحدى باضطراب ضغوط مابعد الصدمة Post - Traumatic Stress Disorder بوصفها استجابة لهذا المثير القوى وهو إصابة الطفل بالتوحد ، فيمكن أن يكون التوحد هنا بمثابة مثير أدى إلى حدوث هذا الاضطراب (استجابة) بعد تفاعل هذا الحدث أو المثير مع خصائص شخصية الأم (ومن أهمها الذكاء الوجدانى).

مشكلة البحث :

تعد إصابة الطفل بالتوحد بمثابة صدمة تؤثر سلباً على الأسرة بوجه عام ، وعلى الأم وصحتها النفسية بوجه خاص. وكذلك يلاحظ أنه على الرغم من قوة الصدمة على أى أم في هذا الموقف ؛ فإن هناك بعض الأمهات تتطور لديهن الأعراض حتى يصبن باضطراب ضغوط مابعد الصدمة PTSD . ووفقا للدراسات والبحوث السابقة فإن هؤلاء الأمهات اللاتى يصبن بهذا الاضطراب يتميزن ببعض سمات وأبعاد الشخصية التى تمهد الطريق لهذا الاضطراب ، مثل العصابية الزائدة وعدم النضج الانفعالى والقابلية للانهيار، وهذه السمات تقل كلما ارتفع الذكاء الوجدانى.

وفي ضوء ذلك ، فإن هذه الدراسة تحاول أن تبحث عن إجابة للتساؤلات التالية:

*** ما فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية الذكاء الوجداني لدى أمهات الأطفال التوحديين؟**

*** ما مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف حدة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة؟**

*** ما مدى فاعلية البرنامح الإرشادي في تحسين وجهة نظر الأمهات تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أطفالهن التوحديين؟**

*** ماعلاقة الذكاء الوجدانى باضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين ؟**

*** ما علاقة الذكاء الوجداني بوجهة نظر الأمهات تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أطفالهن التوحديين؟**

*** هل هناك علاقة بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين ووجهة نظرهن تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن؟**

أهداف البحث :

يهدف البحث إلى تصميم برنامج إرشادى معرفي لأمهات الأطفال التوحديين المصابات باضطراب ضغوط مابعد الصدمة لتنمية الذكاء الوجدانى لديهن ، وقياس مدى فاعلية هذا البرنامج في التخفيف من حدة الضغوط الواقعة عليهن ، وذلك من خلال القياس القبلي والبعدى لكل من المتغير المستقل في الدراسة (محتوى البرنامج الإرشادى) والمتغير الوسيط (الذكاء الوجدانى).

أهمية البحث :

ترجع أهمية هذا البحث من الناحية النظرية إلى إثراء المعرفة حول مكون أساسي في الشخصية وبعد مهم ، ألا وهو الذكاء الوجدانى ، وهو مجال جديد وخصب وجدير بالبحث ، وعلاقته باضطراب خطير هو اضطراب ضغوط مابعد الصدمة ، ويلاحظ أن البحوث العربية في هذا الموضوع قليلة جداً .

أما من الناحية التطبيقية ؛ فنظراً لتزايد الاهتمام بشريحة التو حديين، وجب الاهتمام بالصحة النفسية المحيطة بالطفل ، ويجب أن يكون هذا المجتمع خالياً من الضغوط والاضطرابات حتى يقوم بدوره الأمثل نحو الطفل، ومن ثم فإن هذا البحث يسعى إلى تصميم برنامج إرشادي معرفي لقياس مدى فاعليته في تنمية الذكاء الوجداني وتخفيف حدة الضغوط التالية للصدمة. وبالتالي الارتقاء بمستوى الصحة النفسية لدى الأفراد في مواجهة ضغوط أحداث الحياة الصادمة، وهو ماينعكس إيجاباً على أساليب التعامل مع الطفل التوحدى.

* المفاهيم والمصطلحات والتعريف الإجرائى للمتغيرات :-

* أولاً : الذكاء الوجدانى Emotional Intelligence:-

- يري جينيفر Jennifer2000 أن ارتفاع نسبة الذكاء الوجدانى سمة لدى الأفراد الذين يتسمون بالسلوك القيادي ، ولقد ركز الباحثون أمثال سالوفى 1993 ، ومابر 1997 ، وسليتير 1997 على ارتباط الذكاء الوجدانى بضبط المشاعر الذاتية والسيطرة على مشاعر الآخرين والتحكم فيها داخل المواقف الاجتماعية كما أكد سكوت Scott2000 أن الانفعالات تنتقل من شخص لآخر بالعدوى وكأنها إحدى الفيروسات ، ومعيشة الأفراد مجتمعين تجعلهم عرضة للتأثر بانفعالات الآخرين . والذكاء الوجداني ينمى قدرة الفرد على فهم ذاته وإدارة عواطفه وانفعالاته والتحكم في نوبات الغضب والسيطرة على عواطف وانفعالات الآخرين ، وهى أبعاد الذكاء الوجدانى .

(أحمد عبد الواحد،2002، ص 14-16).

ولقد أشارت نتائج بعض الدراسات مثل دراسة مايروجيهار Mayer & Gehar (1996) ودراسة مارتنز – بونز Martinez-Pons(1997) ودراسة كوروين Corwin, (1997) ودراسة كروجر Krueger,(1997) ودراسة ميرابيان Mehrabian,(2000) ودراسة سياراتشي Ciarrachi,(2001) ودراسة هيمبال Humpal(2001) ودراسة وانج Wang , (2002) ودراسة سالوفي وآخرين Salovey ,et al (2002). ودراسة دونالد وآخرين Donald, et al. (2003) كل هذه الدراسات تشير إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الذكاء الوجدانى وأبعاده (التعاطف وإدارة الوجدان) بصفة خاصة وبين حدوث الاكتئاب والقلق واليأس عند التعرض للمثيرات ، وكذلك وجود علاقة إيجابية بين الذكاء الوجدانى والرضا عن الحياة والسعادة وارتفاع الصحة النفسية .

ويمكن تعريف الذكاء الوجدانى Emotional Intelligence إجرائياً بأنه" مجموعة المهارات التى تساعد الفرد على حسن إدراك وفهم المشاعر والانفعالات الذاتية ، ومشاعر الآخرين بهدف تحقيق نوع من التفاعل الإيجابي مع الآخرين ، ويعرف إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها أمهات الأطفال التوحديين على مقياس الذكاء الوجدانى المستخدم في الدراسة والمحدد بالأبعاد الآتية:.
إدارة الانفعالات، التعاطف، المعرفة الانفعالية، تنظيم الانفعالات ، التواصل الاجتماعى" .
ويلاحظ أن هذا المتغير هو المتغير التابع في الدراسة.

*** ثانياً : اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post -Traumatic Stress Disorder:**

هذا الاضطراب يحدث نتيجة حادث صدمي محدد ، ويبدوأن هناك علاقة " سبب ونتيجة" بين الصدمة وهذا الاضطراب ولكن الحادث المسبب للصدمة " يكفي وحده لتفسير الاضطراب ، فعلى الرغم من أن كل شخص مر بخبرة صدمية قد تأثر بها ، فإن بعض الناس فقط هم الذين يطورون الأعراض الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وعلى ذلك فهناك عوامل مهيئة لظهور هذا الاضطراب منها : مقدار الضغوط أو مستوى التعرض لها ، الخلل في الشخصية أو الاضطراب الانفعالي الموجود سلفاً ، وجود التاريخ الأسري للاضطراب ، أسلوب المواجهة والتغلب على المشكلات ، ونقص المساندة الاجتماعية .

ويلاحظ أنه من أكثر عوامل الإصابة بالاضطراب أهمية هو وجهة نظر الضحية إلى الحادث الصدمي ، وذلك يعتمد إلى حد كبير على أبعاد شخصية الفرد المعرض للصدمة ، وهناك بوجه عام شخصية هشة Fragile ضعيفة تنهار بسهولة تحت الضغط ويكون لمثل هذه الشخصية عادة درجة مرتفعة على بعد العصابية ، كما تتسم بعدم الاتزان الوجدانى والفجاجة الانفعالية والتقلب والقابلية للجرح ، مثل هذه الشخصية مهيأة أكثر من غيرها للوقوع فريسة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.
(أحمد عبد الخالق،1998، ص 151، 152 ،161).

ويمكن تعريف هذا الاضطراب إجرائياً بأنه "اضطراب نفسى خاص يتلو حدوث الصدمة ويتميز ببعض الأعراض التي يمكن قياسها بمقاييس اضطراب ضغوط مابعد الصدمة؛ مثل : الشعور بالذنب ، والتجنب ، والأفكار الدخلية ، والخوف من فقدان السيطرة على النفس ، والقلق ، والاكتئاب ، والاهتياج ، واضطراب الجهاز العصبي المستقل ، وما يتبع ذلك من اضطراب في النوم والذاكرة والسلوك . وعندما تستمر الأعراض وتتجمع خلال ستة أشهر بعد الصدمة يسمى اضطراب مابعد الصدمة الحاد، وإذا استمرت بعد ذلك وكان تركيز الفرد حول جسمه يسمى اضطراب مابعد الصدمة المزمن ، ويعرف إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها أمهات الأطفال التوحديين على مقياس اضطراب ضغوط مابعد الصدمة المستخدم في الدراسة.

*** ثالثاً: التوحد Autism :**

وهو المتغير التصنيفي في هذه الدراسة ، ولقد استخدمت الباحثة مقياس كارز CARS على أبناء أمهات العينة وتحققت من إصابتهم بالتوحد.

- يعرِّف " بول موسن, وجون كونجر, وجيروم كاجان" إعاقة التوحد بأنها اضطراب عقلي خطير يصيب صغار الأطفال ويتميز بالاستغراق في الخيال إلى حد الابتعاد عن الاهتمام بالواقع, وإلى حد العجز عن استخدام اللغة في التفاهم والتواصل الفكري.

وترى كريستين مايلز أن التوحد حالة غير عادية, لايقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين, ولايتصل بهم إلا قليلاً جداً. والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر؛ فهو لاينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ. ولايمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف.

ويمكن أن يصاب الأطفال في أي مستوى من الذكاء بالتوحد. وقد يكونون طبيعيين أو أذكياء جداً, أو متخلفين عقلياً.(عبد الرحمن سليمان،2001،ص16-18)

ويمكن تعريف التوحد إجرائياً بأنه "اضطراب نمائي يحدث تدهوراً شاملاً في سلوك الطفل ، وله عدد من الأعراض كما تقيسها مقاييس التوحد، مثل : الأفعال القسرية والطقوس النمطية ، قصور في السلوك التوافقي التكيفي ، التفكير الاجترارى المنكب على الذات ، والقصور اللغوى والعجز عن التواصل ، ونوبات الغضب وإيذاء الذات ، والاندماج الطويل في سلوك نمطى متكرر ، والعزلة العاطفية أو البرود الانفعالى ، والقصور الحسي ، ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس كارز".

*** رابعاً: وجهة نظر الأمهات للمشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي:**

يعرف هذا المتغير إجرائياً بالدرجة التي تقدرها الأمهات على مقياس تقدير المشكلات النفسية والاجتماعية من وجهة نظر الأم.

<u>المنهج المستخدم :</u>

المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبي ، اعتماداً على تحديد عينة واحدة متجانسة من أمهات الأطفال التوحديين ، وذلك لتثبيت المتغير التصنيفي (الطفل التوحدي) لدى جميع أفراد العينة ، وقياس متغيرات البحث المراد دراسة العلاقة بينهما وتأثير المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) على المتغير التابع (الذكاء الوجداني) ثم تنفيذ البرنامج الإرشادى التدخلى وقياس متغيرى الدراسة فى نهاية هذا البرنامج وعمل مقارنة بين القياس القبلى والبعدى.

<u>العينة:</u>

يتكون المفحوصون من (35) أماً لأطفال توحديين تم جمعهن من عدة مراكز لذوى الاحتياجات الخاصة ، والمدارس الفكرية ومستشفيات التأمين الصحى ، مع مراعاة أن يتفق جميع أفراد العينة فى خصائصها ، ***وذلك باختيار مجموعة متجانسة من حيث :***

1- **الجنس**: حيث يكون جميع أفراد العينة من الإناث (أمهات الأطفال).

2- **السن**: حيث تتراوح أعمار الأمها ت ما بين (30-45 عاماً) .

3- **المستوى التعليمى**: حيث تكون جميع الأمهات من ذوات التعليم فوق المتوسط و العالي.

4- **المستوى الاجتماعي والاقتصادي**: حيث نراعى أن يتشابه أفراد العينة فى المستوى الاقتصادي والاجتماعي ، وأن تكون الأمهات جميعاً متشابهات في الحالة الاجتماعية ؛ حيث يكن متزوجات ، ويتم استبعاد المطلقات والأرامل لاحتمالية تدخل هذه الأحداث ، وتأثيرها على الصحة النفسية لديهن.

5- **الحدث الصادم** : وهو إصابة الطفل بالتوحد؛ فيجب أن تكون جميع الأمهات فى العينة لديهن طفل توحدى وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس كارز CARSعلى الأطفال وتراوحت درجاتهم بين 30-38.

ولقد تمت عملية القياس وكذلك تنفيذ البرنامج الإرشادى فى مركز ميامى للرعاية الخاصة.

أدوات القياس:

1- مقياس الذكاء الوجدانى ، إعداد نورة خليل.
2- مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة المعدل ، تعريب أحمد عبد الخالق.
3- مقياس المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدى من وجهة نظر الأم، إعداد عبد الفتاح دويدار.
4- استمارة البيانات الشخصية للأمهات أفراد عينة البحث، إعداد الباحثة.
5- برنامج إرشادى معرفى توجيهى بناء على متغيرات البحث إعداد الباحثة .

الأسلوب الإحصائى:

1- المتوسط الحسابي لدرجات كل مقياس على حدة.
2- الانحراف المعياري لدرجات كل مقياس على حدة.
3- معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين درجات العينة على مقياس الذكاء الوجدانى ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، وكذلك بين الذكاء الوجداني والمشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدى من وجهة نظر الأم ، وبين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة والمشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الأم.
4- معادلة خط الانحدار للتنبؤ بسير العلاقة فى المستقبل بين الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة.
5- اختبار " ت " T. Test لكل مقياس قبل استخدام البرنامج الإرشادي وبعده وقياس جوهرية الفرق بين القياس القبلى والبعدى.
6- اختبار ولكوكسن لقياس دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي.

الفصل الثانى

الإطار النظرى

الفصل الثانى

الإطار النظرى

يتناول هذا الفصل الإطار النظرى لمتغيرات الدراسة الثلاثة، وهى: الذكاء الوجدانى واضطراب ضغوط مابعد الصدمة والتوحد؛ وسوف تتناول الباحثة هذه المتغيرات بشئ من التفصيل، وذلك على النحو التالي:

أولاً: الذكاء الوجدانيEmotional Intelligence

وتتناول الباحثة هنا المتغير التابع في الدراسة؛ وهو الذكاء الوجداني.
وتتحدث فى هذا الجانب عن عدة نقاط رئيسية،وهي:
النشأة والتطور التاريخي لمفهوم الذكاء الوجدانى،تعريف الذكاء الوجدانى والحدود المعرفية له،النماذج المفسرة للذكاء الوجدانى وأبعاده،المنظور الفسيولوجي للذكاء الوجداني،وكذلك المنظور التكاملى له،الأهمية التطبيقية للذكاء الوجداني،وكيفية قياسه.
وبعد أن استعراض هذه النقاط المهمة ستقوم الباحثة بتفصيلها كما يلي:

الذكاء الوجدانى من منظور تاريخي

على الرغم من أن الذكاء الوجداني يعد مفهوماً حديثاً نسبياً، فإن جذور هذا المفهوم تعود إلى قرون عدة بدأت تقريباً منذ مائتي عام قبل الميلاد وحتى ثلاثمائة عام بعد الميلاد، وكان هدفها هو معرفة الدور الذي يؤديه الانفعال في توجيه وقيادة سلوكنا،ولكن في نهاية القرن الثامن عشر ظهرت الحركة الرومانتيكية الأوروبية،وأكدت على التفكير الحدسي والتفكير القائم على التقمص الوجداني الذي يساعدنا على استبصار بعض الأمور التي لايمكن تحقيقها عن طريق المنطق.

وعندما بدأ علماء النفس في التفكير والكتابة عن الذكاء الوجداني،ركزوا على الجوانب المعرفية مثل: التذكر وحل المشكلات، وبالرغم من ذلك،أدرك بعض الباحثين مبكراً أهمية الجوانب غير المعرفية ومن بينهم ثورنديك Thorndike.(سالى على،2006،ص:8)
وقد قسم الذكاء إلى ثلاثة مجالات؛هي: ذكاء مجرد- ذكاء ميكانيكي- ذكاء اجتماعي.
(لمياء علي،2007،ص:13)

وأكد ثورنديك على أن الذكاء الاجتماعي Social Intelligence هو قدرة الفرد على فهم الآخرين في العلاقات الإنسانية، وأكد أيضاً على أن ضبط الانفعالات الذاتية يعد مظهراً من مظاهر الذكاء.
(أحمد عبد الواحد،2002،ص:10)
ولقد قامت على فكرة ثورنديك للذكاء الاجتماعي أهم اختبارات الذكاء الاجتماعي، وهو اختبار جامعة جورج واشنطن الذي أعده موس، وهنت، وأوموواك، وود ادوارد، ونقله للعربية بصورة مختصرة عام1955عماد الدين إسماعيل وسيد عبد الحليم مرسى. ثم أعاد حسين عبد العزيز الدريني1980 نقله في صورته الأصلية الكاملة.

واهتم اسبيرمان في عام1927 بالذكاء الوجداني؛ حيث اقترح ما أسماه بالعلاقة السيكولوجية بين أنواع العلاقات العشرة التي تؤلف قانون إدراك العلاقات، وقد عرفها اسبيرمان بأنها "القدرة على إدراك أفكار ومشاعر الآخرين من حوله عن طريق التمثيل بينها وبين عالمه الداخلي". ويرى أن القدرة على معرفة الحالات العقلية والوجدانية للآخرين يمكن قياسها باختبارات من نوع التفسيرات عند بينيه وإكمال الصور عند هيلي.

ولقد أشار وكسلر Wechslerعام1940 إلى العوامل غير المعرفية للذكاء بالإضافة إلى العوامل المعرفية، وقصد بها العوامل الانفعالية، والشخصية، والاجتماعية. وفي عام1943 طرح أن القدرات غير المعرفية لها أهمية ضرورية في التنبؤ بقدرة الفرد على النجاح في الحياة.

وذكر وكسلر أن دراسة ادجير دول Edger Doll عام1953 هي محاولة رائدة أخرى لقياس الجوانب اللامعرفية للذكاء. ولقد صمم دول اختبار فينلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale, وهذا الاختبار كان يمثل مقياساً اجتماعياً SQ ويشير إلى مستوى النضج الاجتماعي للفرد. (سالي علي،2006،ص:9،8)

وفي عام1950 وصف إبراهام ماسلو Abraham Maslow كيف أن الأفراد باستطاعتهم بناء القوة الانفعالية.

ثم جاءت اقتراحات جيلفورد Guilford في نموذجه المعدل حول بنية العقل عام1967،إلى افتراض نوع جديد من الذكاء أسماه القدرة على التجهيز الانفعالي للمعلومات ،الذي يمكن قياسه وتقديره من خلال المحتوى السلوكي الذي يظهر من خلال (تعبيرات الوجه- نبرات الصوت- أوضاع الجسم- الإيماءات).

- ولقد بدأ الأهتمام الفعلى بالذكاء الوجداني عندما ظهرت نظرية جاردنر Gardner عام1983 الذي أسماها بنظرية الذكاءات المتعددة، وتعد المدخل الأساسي الذي انبثقت منه نظرية الذكاء الوجداني والذي قسم فيها الذكاء إلى سبعة أنماط هي: (لغوى/ رياضي/ موسيقي/ مكاني/ جسمي/ ذكاء بين الأفراد؛ويعني القدرة على فهم مشاعر الآخرين/ ذكاء داخل الفرد ويعني قدرة الفرد على فهم مشاعره ودوافعه). ويعد هذين النوعين من مكونات الذكاء الوجداني، ومن هنا انطلقت نقطة بداية الذكاء الوجداني.(لمياء علي، 2007،ص:14)

ومن جهة أخرى، فإن روبرت ستيرنبيرج Sternberg عام1985 ومن خلال نظريته السياقية Contextual Theory انتقد الأتجاه التقليدي-وهو حصر الذكاء ضمناً بمجموعة من النشاطات التحليلية في السياق الأكاديمي ، ورأى أنه من غير المعقول استخدام الاختبارات العقلية المشبعة بالمواقف الأكاديمية للتنبؤ بأداء الأفراد في المجالات المهنية والاجتماعية.

ولقد تناول ستيرنبيرج في كتابه "مابعد الذكاء" الذكاء الاجتماعي باعتباره مفتاحاً أساسياً للأداء الناجح في الحياة.

كما ظهرت نظرية الذكاء الوجداني على يد ريوفين بار-اونReuven Bar-on عام1985 عندما اقترح مصطلح معامل الانفعالية، وقام بإعداد قائمة نسبة الذكاء الوجداني Emotional Quotient Inventory(EQ-I) وتم نشرها في عام1996.

وتعد نهاية الثمانينات وبداية التسعينات من القرن العشرين بداية استخدام مفهوم الذكاء الوجداني Emotional Intelligence، وأول من قدم هذا المفهوم في التراث السيكولوجي جرينسبان Green Span عام1989,والذي قدمه في الجزء التاسع من كتابه (فيلد وآخرون .Field et al) ،وحاول تقديم نموذج موحد لتعلم الذكاء الوجداني في ضوء نظرية بياجيه للنمو المعرفي ونظريات التحليل النفسي والتعلم الانفعالي، وفي هذا النموذج يذكر أن الذكاء الوجداني يمر تعلمه بثلاثة مستويات هي:

التعلم الجسمي Somatic Learning والتعلم بالنتائج Consequence Learning والتعلم التركيبي التمثيلي Representational Structure Learning.

وفي عام1990 قدم كل من جون مايرJohn Mayer وبيتر سالوفي Peter Salovey نموذجاً للذكاء الوجداني في كتابهما الخيال والمعرفة والشخصية Imagination, Cognition, and Personality

ويعد ماير وسالوفي أول من أطلقا مصطلح الذكاء على الذكاء الوجداني، بعدما كان يسمى بالكفاءة الانفعالية، ويذكران أن مفهومهما يتداخل مع الذكاء الشخصي عند جاردنر Gardner.
وفي عام 1995 ظهر دانيال جولمان Daniel Goleman الذي أصدر كتابه عن الذكاء الوجداني "Emotional Intelligence :Why it matters more than IQ"، وحقق هذا الكتاب أعلى نسبة مبيعات في العالم، وترجم إلى ثلاثين لغة، وبيعت منه أكثر من مليون نسخة في خمسين دولة من العالم؛ لذا كان لهذا الكتاب فضل في انتشار مفهوم الذكاء الوجداني.

ولقد ذكر جولمان أن فهمه للذكاء الوجداني مبني على مفهوم جاردنر في نظرية الذكاءات المتعددة Multiple Intelligences وخاصة الذكاء الشخصي Interpersonal Intelligence والذكاء الاجتماعي Intrapersonal Intelligence، وهذا العمل قد أنهى بكفاءة الاختلاف التاريخي الصارم بين التفكير والانفعال موضحاً أنه من الناحية التطبيقية، فالاثنان متلازمان ومتشابكان. وأوضح جولمان أن الذكاء الوجداني ربما يكون أكثر أهمية من العوامل الأخرى مثل: الطبقة الاجتماعية، أو نسبة الذكاء IQ فى تحديد فرص حياة الفرد، نجاحه في العمل، جودة علاقاته الاجتماعية، وسعادته الشخصية.

ووفقاً للأسس التي طرحها جولمان، وكذلك ماير وسالوفي في مقالاتهما ودراساتهما قام عدد من الدراسات، وصدر عدد من الكتب التي اهتمت بالذكاء الوجداني وبتطبيقاته في الميادين التربوية والتنظيمية والاجتماعية.(سالي علي، 2006، ص:11، 10)

ففي عام 1998 أشار ماير وبيلتز Mayer, Beltez في كتابهما عن "التنشئة الاجتماعية والمجتمع، والصحة الوجدانية، والذكاء الوجداني" إلى أهمية التنشئة الاجتماعية في تنمية الذكاء الوجداني، ودور الأسرة المتمثلة في الأب والأم في تنمية العواطف والمشاعر لدى الأبناء، وأهمية التواصل والتفاعل الاجتماعي في نضج الذكاء الوجداني.(أحمد عبد الواحد، 2002، ص:12)

وفي عام 1999 أشارت إرما جوسن Irma Gohson إلى أن انخفاض نسبة الذكاء الوجداني لدى الأطفال يؤدي إلى نتائج سلبية تنعكس على انخفاض الذكاء الأكاديمي وتدهور العلاقات الشخصية. (Gohson,1999,p.16)
كما أشار تايلور Taylor عام 1999 إلى أن بعض مظاهر الذكاء الوجداني ترتبط بالنشاط الوظيفي للمخ، وتتضمن هذه المظاهر المعالجة المعرفية للانفعالات والعواطف، وأشار أيضا إلى أن الآليات العصبية والمعرفية تدخل في نطاق مفهوم الذكاء الوجداني.
وفي عام 2000 أشارت سوزي فوكس Suzy Fox إلى أن الذكاء الوجداني يمكن قياسه من خلال ثلاث قدرات؛ هي: التعاطف، والتنظيم الذاتي للحالة الانفعالية، وقدرة الفرد على فهمه لذاته.

وفي عام 2001 حاول هيمبل Humpel في بحثه عن الذكاء الوجداني، الكشف عن العلاقة بين الذكاء الوجداني والصحة النفسية. (أحمد عبد الواحد، 2002، ص:12)

مما سبق يتضح أن مفهوم الذكاء الوجداني قد مر بعدد من المراحل وأجرى عليه الباحثون العديد من الدراسات حتى ظهر وأنتشر في مجال علم النفس، وكذلك مر بالعديد من الدراسات منذ ظهوره وحتى الآن؛ في محاولة من الباحثين اكتشاف ماهية الذكاء الوجداني.

تعريف الذكاء الوجداني

يشير مصطلح الوجدان Emotion بشكل عام إلى مفهوم مركب من مجموعة من التغيرات الفيسيولوجية التي تنشأ نتيجة الاستجابة لمثير معين، ويكون هناك نوع من التوافق بين نوع المثير

وشدته والاستجابة له، وقد يكون هذا المثير نافعاً أو ضاراً مهدداً لتوافق الفرد ويتضمن الوجدان مجموعة من حالات القلق التي ترتبط بدوافع الإنسان المختلفة. (Gardner,1993,p.254).

ويستخدم العلماء اصطلاح الوجدان بمعنى يشمل جميع الحالات الوجدانية سواء كانت هذه الحالات فطرية مثل الغضب والخوف، أم مكتسبة ثانوية مثل الخجل والشعور بالذنب، ويتوقف النمو الوجداني على كل من النضج الطبيعي والتعلم. والجدير بالذكر أن كلاً من الفكر والوجدان يتبادلان التأثير في بعضهما بعضاً لتحقيق نوع من التوافق بينهما وضبط الانفعالات الذاتية ليظهر لنا الذكاء الوجداني نتاجاً لذلك التفاعل.(أحمد عبد الواحد ،2002،ص:13).
ولقد أسهم عدد من العلماء في توضيح مفهوم الذكاء الوجداني، وانقسم العلماء إلى قسمين: الأول يعرفه باعتباره قدرة عقلية، ومن أشهرهم (ماير وسالوفي) والقسم الثاني يعرفه على أنه مجموعة من الكفاءات والمهارات وسمات الشخصية، ومن أشهرهم جولمان- بار اون. (لمياء علي,2007،ص:14).

أولاً: الذكاء الوجداني باعتباره قدرات معرفية:

يرى ثورنديك Thorndik,1920 أن الذكاء الوجداني, أو ما أسماه بالذكاء الاجتماعي Social Intelligence يعني قدرة الأفراد على فهم الانفعالات الذاتية وتنظيمها للتصرف بكفاءة في مجال العلاقات الأنسانية.

ومن ناحية أخرى أشار جاردنر Gardner1993 إلى نوعين من الذكاء الاجتماعي هما: التفاعل البينشخصي Interpersonal Intelligence؛ وهو القدرة الداخلية المترابطة التي تساعد الأفراد على فهم ما يحفزهم للعمل في تعاون مع بعضهم بعضاً لتحقيق نوع من التفاعل بكفاءة مع البيئة وتحقيق أعلى درجة من التوافق الشخصي والاجتماعي والذكاء الوجداني Emotional Intelligence, ويشير إلى القدرة على فهم العواطف والانفعالات الذاتية وعواطف وانفعالات الآخرين وضبطها والسيطرة عليها في المواقف الاجتماعية المختلفة.(Gardner, 1993, p.433)

ويرى سالوفي وماير Salovey,Mayer,1993 أن الذكاء الوجداني محاولة لكيفية فهم المشاعر الذاتية وفهم مشاعر الآخرين والسيطرة عليها من خلال تنظيم وجداني خاص, ويرى سالوفي أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد في مستوى الذكاء الوجداني وتنظيم الوجدان والقدرات الخاصة بالتحكم في حياتهم الوجدانية.(أحمد عبد الواحد ,2002,ص:14،13)

ويعرف فاروق عثمان ومحمد عبد السميع 2000 الذكاء الوجداني بأنه القدرة على الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية وفهمها وصياغتها بوضوح، وتنظيمها وفقاً لمراقبة وإدراك دقيقين لانفعالات الآخرين ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية واجتماعية إيجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي والانفعالي والمهني وتعلم المزيد من المهارات الإيجابية للحياة.أما منى أبو ناشئ 2002, فتعرفه بأنه قدرة الفرد على إدراك مشاعره وكيفية إدارة تلك المشاعر مع دفعه لذاته والتعاطف مع الآخرين, وكذلك قدرته في التعرف إلى مشاعرهم.

وقام سليمان محمد وعبد الفتاح مطر2004 بتعريف الذكاء الوجداني على أنه قدرة الفرد على الوعي بحالته الانفعالية وإدارتها وضبطها واستثمارها في تحفيز ذاته واستشفافه لانفعالات ومشاعر الآخرين والاستجابة الملائمة لهم وفقاً لذلك والتواصل والتفاعل الجيد معهم. (لمياء علي،2007،ص:15)

ثانياً: الذكاء الوجداني باعتباره مهارات وسمات شخصية:

فلقد عرف جولمان 1995 الذكاء الوجداني بأنه مجموعة من المهارات التي تساعد الأفراد على الانسجام مع بعضهم بعضاًَ. (أحمد عبد الواحد,2002,ص:15)

ويعرف بار – اون Bar-on,1997 الذكاء الوجداني بأنه قدرة الفرد على النجاح في مواجهة مطالب البيئة من خلال منظومة من القدرات العقلية غير المعرفية, والكفاءات والمهارات التي تؤثر في قدرة المرء على النجاح في مواجهة مطالب البيئة وضغوطها.

ويعرفه حامد عبد العال عجوة2002 بأنه تنظيم من القدرات والمهارات والكفايات العقلية والوجدانية والاجتماعية التي تمكن الفرد من الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات, وفهم المعلومات الانفعالية ومعالجتها واستخدامها والتي تجعل لديه الأمل والتفاؤل وأن يتعامل بنجاح مع المتطلبات والضغوط. (لمياء علي,2007,ص: 16,15)

الحدود المعرفية للذكاء الوجداني

وهكذا نجد أن الحدود المعرفية للذكاء الوجداني تتمثل في عدة خصائص ، هي : قدرة الفرد علي الانتباه الجيد ، والإدراك الصحيح ، والفهم ، والتحكم فى الذات.

ويؤكد فينجان Fiengan,1998 على أن الذكاء الوجداني يتضمن كفاءة عقلية تساعد الفرد على حسن إدراك المشاعر الذاتية وتفهم مشاعر الآخرين. (Fiengan,1998,p.56)

النماذج المفسرة للذكاء الوجداني

لقد صنف كل من ماير, سالوفي, وكاروزو Mayer, Salovey &Caruso 2000 نماذج الذكاء الوجداني إلى نوعين هما: نماذج القدرة للذكاء الوجداني Mental Abilities Models والنماذج المختلطة للذكاء الوجداني Mixed Models.

أولاً: نماذج القدرة للذكاء الوجداني Ability Models of Emotional Intelligence:

ينظر أصحاب هذا المدخل إلى الذكاء الوجداني على أنه يشبه إلى حد كبير الذكاء اللفظي والميكانيكي إلا أنه يعمل ويؤثر في المحتوى الانفعالي، وأن الذكاء الوجداني يتضمن مهارة الفرد في التعرف إلى المهارات الانفعالية والاستدلال المجرد مستعيناً بهذه المعلومات.
ويقدم نموذج القدرة للذكاء الوجداني تنبؤات عن البنية الداخلية للذكاء، ويرى أن الذكاء الوجداني هو نوع من أنواع الذكاء حيث إنه يلبي ثلاثة محكات؛ هي:

(1)المحك المفاهيمي Conceptual Criterion:

يعني أن الذكاء الوجداني يعكس أداء عقلياً وليس طريقة مفضلة للسلوك.

(2)المحك الارتباطي Correlation Criterion:

يعني أن الذكاء الوجداني يصف منظومة من القدرات المترابطة داخلياً، وتلك القدرات مشابهة للقدرات العقلية الموصوفة في الذكاءات الأخرى, ولكنها متميزة عنها.

(3)المحك النمائي Developmental Criterion:

يعني أن الذكاء الوجداني ينمو مع زيادة العمر والخبرة وذلك من مرحلة المراهقة وحتى مرحلة الرشد.
ووفقاً لهذا النموذج؛ فثمة مجموعة من الخصائص التي تميز الأفراد مرتفعي الذكاء ، وتتمثل فيما يلي:
1- أنهم نشأوا في بيئات متكيفة اجتماعياً.
2- لديهم القدرة على إعادة تشكيل الانفعالات بشكل فعال (متفائلون).
3-غير دفاعيين؛ بمعنى أنهم لايستخدمون الحيل الدفاعية.
4- يختارون الأدوار الاجتماعية والوجدانية المتميزة.
5- يتميزون بالقدرة على التواصل ومخاطبة الانفعالات.

6- يطورون معارفهم وخبراتهم في مجال وجداني معين, مثل:
علم الجمال, الانفعالات الأخلاقية, حل المشكلات الاجتماعية والقيادية.
كما يشير سالوفي وآخرون Salovey, et al.1993 إلى أن الذكاء الوجداني يميز الأفراد الذين يحاولون التحكم في مشاعرهم ومراقبة مشاعر الآخرين, وتنظيم انفعالاتهم وفهمها, ويمكنهم ذلك من استخدام استراتيجيات سلوكية للتحكم الذاتي في المشاعر والانفعالات.
وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المفاهيم التي تستخدم للتعبير عن الذكاء الوجداني وفقاً لنموذج الذكاء الوجداني باعتباره قدرة عقلية مثل: الإدراك غير اللفظي, الدقة التعاطفية, الكفاءة الوجدانية, الإبداع الوجداني, الدافعية, الاستنباط الوجداني للمؤشرات الاجتماعية, الذكاء الشخصي, والذكاء الاجتماعي.

- ومن أمثلة نماذج القدرة للذكاء الوجداني:

(أ) نموذج ماير وسالوفي للذكاء الوجدانيةباعتباره قدرة عقلية:

تم استخدام مصطلح الذكاء الوجداني Emotional Intelligence لأول مرة عام1990 من قبل بيتر سالوفي Peter Salovey,وجون ماير John Mayer, حيثُ استخدم هذا المصطلح لوصف الخواص الوجدانية التي تظهر أهميتها في تحقيق النجاح, وتتضمن هذه الخواص: التقمص الوجداني, ضبط النزاعات أو المزاج, تحقيق محبة الآخرين, المثابرة أو الإصرار, التعاطف أو الشفقة, التعبير عن الانفعالات أو الأحاسيس وفهمها, الاستقلالية, القابلية للتكيف, حل المشكلات بين الآخرين, المودة والاحترام.
وقد اعتبر كل من ماير وسالوفي الذكاء الوجداني شكلاً من أشكال الذكاء الاجتماعي, وعرفاه بأنه "قدرة الفرد على ضبط انفعالاته وانفعالات الآخرين, والتمييز بينهم, واستخدام هذه المعلومات في توجيه سلوكه وانفعالاته".
وعليه؛ فقد كانت مكونات الذكاء الوجداني لدى سالوفي وماير هي:

(1) الوعي الانفعالي بالذات Emotional Self-Awareness:

يعني معرفة الفرد وفهمه لمشاعره وأسبابها.

(2) معالجة الانفعالات Handling Emotions:

تعني تدبر الفرد أمر هذه المشاعر والانفعالات, وإدارته للضغوط.

(3) دافعية الذات Self Motivation:

تعني أن يكون الفرد مصدر دافعية لذاته, وأن يتحكم في اندفاعاته ويقاوم الإحباطات ويتحمل الغموض ويؤجل الإشباع للوصول إلى الهدف.

(4) التعاطف Empathy:

يعني معرفة الفرد لمشاعر الآخرين وفهمها .

(5) المهارات الاجتماعية Social Skills:

يعني تدبر الفرد أمر علاقاته مع الآخرين وتفاعله معهم والحساسية تجاه احتياجاتهم ورغباتهم, والقدرة على الاستماع لهم والتخفيف عن مشاعرهم.

كما عرف ماير, ديباولو, وسالوفي Mayer,Dipaolo&Salovey1990 الذكاء الوجداني بأنه "قدرة الفرد ودقته في التعبير عن انفعالاته وتنظيم هذه الانفعالات بالطريقة التي تعزز حياته, وكذلك قدرته على تقييم انفعالات الآخرين.

ثم وضع ماير وسالوفي عام1993 نموذجهما للذكاء الوجداني والذي قام على مفهوم القدرة وفصله عن السمات الأخرى, حتى يمكن تحليل تلك القدرة بشكل مستقل, وإظهار مدى الاستفادة منها في سلوك الفرد وكفاءته العامة في الحياة.(سالي علي,2006,ص: 11-13)

ولقد قدما نموذج الذكاء الوجداني باعتباره قدرة, ومدى تأثيره في حياة الإنسان من خلال ثلاثة معايير تجريبية هي:

1- المعيار التصوري:

ويعني أن الذكاء يجب أن يقيس الأداء العقلي للقدرات التي يجيب عليها في المشكلات العقلية التي تمر به, وليست من خلال تقديره لذاته.

2- المعيار الارتباطي:

ويعني أن الذكاء يجب أن يصف مجموعة من القدرات التي ترتبط مع بعضها بعضاً داخلياً وخاصة في القدرات العقلية المتشابهة.

3- المعيار النمائي:

ويعني أن الذكاء ينمو ويتطور مع العمر والخبرة التي يمر بها الفرد خلال سنوات حياته.
وفي نموذج القدرة نجد أن الذكاء الوجداني يتكون من مجموعة من القدرات العقلية والمعرفية, والتي تنشأ من تكامل النظام المعرفي والنظام الانفعالي اللذين يمتلكهما الفرد, مما يمكنه من اكتساب المعرفة والتعلم وحل المشكلات. (Mayer&Salovey,2000,p.400)

وقد قسم ماير وسالوفي مكونات الذكاء الوجداني طبقاً لنموذج القدرة إلى أربعة مكونات على شكل هرمي؛ حيث يكون الإدراك الانفعالي في أسفل الهرم وإدارة الانفعالات في قمته, واكتشفا أن الناس يميلون إلى إتباع أساليب متميزة للعناية بعواطفهم والتعامل معها؛ كالتالي:

الوعي بالنفس:

إن أولئك البشر يدركون حالتهم النفسية في أثناء معايشتها وعندهم بصورة متفهمة بعض الحنكة فيما يخص حياتهم الانفعالية ويمثل إدراكهم الواضح لانفعالاتهم أساساً لسماتهم الشخصية, فهم شخصيات استقلالية واثقة من إمكاناتها, ويتمتعون بصحة نفسية جيدة, وعندما يتكدر مزاجهم لايجترون ذلك المزاج السيئ ولايستبد بأفكارهم؛ فهم قادرون على الخروج من مزاجهم السيئ في أسرع وقت ممكن.

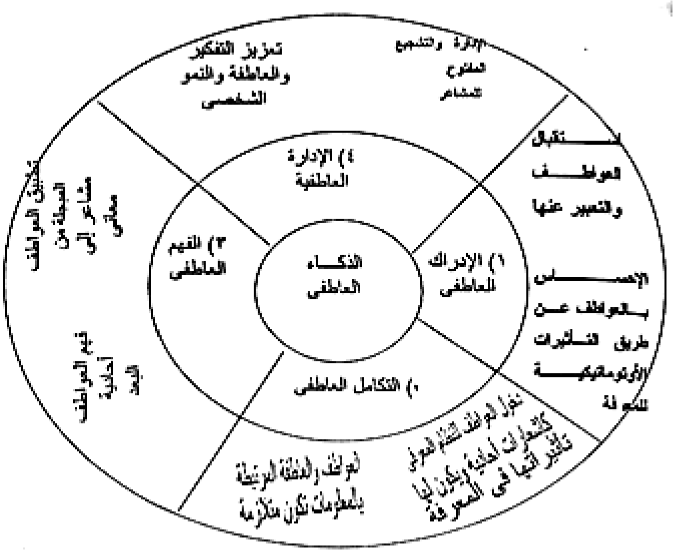
الغارقون في انفعالاتهم:

هؤلاء الأشخاص هم من يشعرون غالباً بأنهم غارقون في انفعالاتهم, وعاجزون عن الخروج منها, وكأن حالتهم النفسية قد تملكتهم تماما. هم أيضاً متقلبوا المزاج, غير مدركين لمشاعرهم إلى الدرجة التي يضيعون فيها ويتوهون عن أهدافهم إلى حد ما, ومن ثم, فهم قليلاً ما يحاولون الهرب من حالتهم النفسية السيئة, كما يشعرون بعجزهم عن التحكم في حياتهم العاطفية, وهم فاقدوا السيطرة على عواطفهم.

المتقبلون لمشاعرهم:

وهؤلاء على الرغم من وضوح رؤيتهم بالنسبة لمشاعرهم؛ فإنهم يميلون لتقبل حالتهم النفسية دون محاولة لتغييرها, ويبدو أن هناك مجموعتين من المتقبلين لمشاعرهم : المجموعة الأولى تشمل من هم عادة في حالة مزاجية جيدة, ومن ثم ليس لديهم دافع لتغييرها. والمجموعة الثانية تشمل من لهم رؤية واضحة لحالتهم النفسية, ومع ذلك فحين يتعرضون لحالة نفسية سيئة يتقبلونها باعتبارها أمراً واقعاً, ولا

يفعلون أى شئ لتغييرها على الرغم من اكتئابهم ، وهذا النموذج من المتقبلين يدخل في إطار المكتئبين الذين استكانوا لليأس. (لمياء على،2007,ص:18)



شكل رقم(1)

الوصف الدائري لنموذج الفروع الأربعة في الذكاء الوجداني لماير وسالوفي
نقلاً عن :(لمياء علي,2007,ص:19)

ولقد افترض هذا النموذج أربعة أنماط من القدرات وهي:

1- إدراك الانفعالات Perceiving Emotions:

وهي القدرة على التعرف إلى الانفعالات في الوجوه والصور والأصوات, وتشمل أيضاً قدرة التعرف إلى المشاعر الداخلية للفرد ذاته. والإدراك الانفعالي يمثل جانباً أساسياً في الذكاء الوجداني, كما يسهم في عمليات أخرى للمعلومات الوجدانية الممكنة.

2- استخدام الانفعالات Using Emotions:

القدرة على توظيف الانفعالات لتسهيل الأنشطة المعرفية المتنوعة, مثل التفكير وحل المشكلات.

3- فهم الانفعالات Understanding Emotions:

القدرة على فهم لغة الانفعال والقدرة على تصنيف الانفعالات المعقدة والمشاعر التلقائية والقدرة على فهم العلاقات المرتبطة بتغيير الانفعالات وتحويلها.

4- إدارة الانفعالات Managing Emotions:
ويتضمن القدرة على تقبل المشاعر السلبية والقدرة على تصور الانفعالات وتنظيمها داخل الذات ومع الآخرين وكذلك معرفة كيفية تهدئة النفس بعد المرور بحالة من الغضب ومعرفة كيفية تحليل القلق لدى بعض الأفراد الآخرين. (لمياء علي,2007,ص:22,21)

(ب) نموذج لندا إلدر للذكاء الوجداني باعتباره قدرة عقلية:
وتنظر لندا إدلر Linda Elder1997 إلى الذكاء الوجداني باعتباره مقياساً لنجاح الفرد أو فشله في عملية الاستدلال أو الاستجابة للمشاعر التي تقابله في مواقف معينة, وتستلزم هذه العملية استحضار الذكاء المعرفي في جوانب المشاعر الإيجابية والسلبية وبذلك يعد مقياساً منطقياً لمدى صحة الاستجابات الوجدانية من الناحية المعرفية.
وتصف لندا إلدر الفرد الذكي وجدانياً بأنه الفرد القادر على تحديد رغباته, وتصبح استجاباته الوجدانية في إطار هذه الرغبات منطقية, وأن يكون سلوكه عقلانياً ؛ بمعنى أن يلتزم بالتفكير السليم والحكم الصائب.

وهي بذلك تركز على الانفعالات في تفاعلها مع التفكير داخل العقل من خلال ثلاثة جوانب هي: الجانب الإدراكي من العقل؛ ويتضمن العمليات المعرفية المرتبطة بالتفكير كالتحليل والمقارنة والتقييم, والجانب الثاني هو الخاص بنقل الانفعال وتوجيهه على نحو يناسب السلوك أي الإتيان بالانفعال بما يتناسب وظروف الموقف, والجانب الثالث يكون بمثابة المحرك للعقل البشري والدافع الأساسي للسلوك مع تحديد خبرات النجاح أو الفشل التي يمر بها الفرد بناء على أهدافه ورغباته ودوافعه. وهذه الجوانب تعمل جميعها في علاقة تفاعل مستمر. (سالي علي,2006,ص:16)

ثانياً: النماذج المختلطة للذكاء الوجداني Mixed Models of Emotional Intelligence:
وهذه النماذج تختلف تماماً عن نماذج القدرة للذكاء الوجداني, إذ ينظر أصحاب هذا المدخل إلى الذكاء الوجداني على أنه خليط من السمات والاستعدادات والمهارات والكفاءات والقدرات, كما يرون أن عناصر الذكاء الوجداني عوامل شخصية وليست قدرات. وأطلق على هذا المدخل النماذج المختلطة Mixed Models. ومن رواد هذه النماذج ريوفين بار- اون Bar-on ودانيال جولمان Goleman.

ويؤكد نيوسم وآخرون Newsome et al.,2000 أن هذه النماذج تؤكد على أن الذكاء الوجداني نزعة أو وجدان أكثر منه قدرة معرفية؛ أي إنها تجمع بين الانفعالات الشخصية الخاصة أو سمات الشخصية مع الانفعالات في سياقها الاجتماعي من خلال النشاط الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين, كما تتناول المكون الانفعالي وتعامله مع الدوافع وحالات الإدراك.

وهناك مجموعة من المفاهيم المرتبطة بالنماذج المختلطة للذكاء الوجداني ومنها: الانفتاح, والتفاؤل, وتقدير الذات, والسعادة الذاتية, والذكاء العملي Practical Intelligence, ودافع الإنجاز, وعدم القدرة على التعبير الانفعالي (الاليكسثيميا) أو التعاطف العقلي, والانفعال السار, والتفكير البنائي, وقوة الأنا, والتقبل الاجتماعي, والتفكير الاجتماعي. وترتبط مفاهيم هذه النماذج أيضاً مع سمات الشخصية الرئيسية؛ وهي: الدفء, والتوكيدية, والثقة, وتنظيم الذات, وتنظيم الآخرين.
(سالي علي،2006,ص:17,16)

- ومن أمثلة النماذج المختلطة للذكاء الوجداني:

(أ)نموذج بار- أون للذكاء الوجداني:

ويعد بار- أون من رواد النماذج المختلطة للذكاء الوجداني, ويرى أن مفهوم الذكاء الوجداني يمثل الجانب غير المعرفي من الذكاء العام الذي توصل إليه وكسلر في بداية الأربعينات, والذي لم ينكر الجوانب غير المعرفية بالرغم من أنه كان أكثر اهتماماً بالجوانب غير المعرفية.

وهدفت نظرية بار- أون Bar-on1997 إلى فهم لماذا يتمكن بعض الأفراد من النجاح في الحياة بينما يفشل آخرون. (سالي علي,2006،ص: 17)

ولقد توصل من خلالها إلى خمسة مجالات وظيفية واسعة يرى أنها تحدد مكونات الذكاء الوجداني, ثم قسمها إلى مجالات أصغر, ويركز في نموذجه على مدخل الشخصية المرتبطة بنجاح الفرد في الحياة ويرى أن الذكاء يصف قدرات ومهارات وفعاليات متزايدة والتي تمثل مجموعة من المعارف يستخدمها الفرد للتكيف مع الحياة بفعالية.

وفيما يلي المجالات التي يتضمنها نموذج بار- أون:

1-المهارات الشخصيةInterpersonal Skills:

تشمل هذه المهارات وعي الفرد الوجداني بذاته Emotional Self Awareness والتوكيدية في المواقف المختلفة وتتضمن المهارات الشخصية وتحقيق الذات Self Actualization عند الفرد وتتمثل في الاستقلالية وتحقيق الهوية.

2- المهارات البينشخصية أو الاجتماعية(بين الأفراد)Intrapersonal skills:

تتضمن المهارات الاجتماعية عند الأفراد بكفاءة في عمل علاقات اجتماعية والشعور بتحمل المسؤلية الاجتماعية Responsibility ويعني ذلك تفهم الفرد Empathy لانفعالات من حوله.

3- القدرة على التكيف Adaptability:

وتتضمن كفاءة الأفراد في حل المشكلات باختيار البدائل المؤدية إلى هدف أو حل تخيلي لمشكلة ما, ويشتمل التكيف أيضاً على اختبار الواقع؛ ويتمثل في كفاءة الفرد في القدرة على تمييز الصور العقلية وتظهر أيضاً في مرونة الفرد Flexibility تجاه الأحداث المختلفة.

4- إدارة الضغوط Stress Management:

وتتضمن اختبار مدى تحمل الفرد للضغوط المختلفة ليستطيع التغلب عليها ومدى تحكم الفرد في اندفعاته المختلفة ويحدد مدى سيطرة الفرد على ذاته وبالتالي نجاحه في العلاقات الاجتماعية.

5- المزاج العام General Mood:

يميل من يتمتع بالذكاء الوجداني إلى مزاج عام يتسم بالسعادة من خلال محبة الناس ومن خلال المهارات الشخصية والاجتماعية وبالتالي يشعر بالتفاؤل.(Bar-on,1997,p.14-20)

ويضيف بار- أون أن تصوره للذكاء الوجداني يمكن النظر إليه من زاويتين هما: الزاوية الأولى الانتظام والثانية أنه توبوجرافي Topographic فهو منتظم لأنه يقوم على تنظيم أو ترتيب الأنواع المتشابهة من العوامل التي تتلائم أو تتفق منطقياً مع بعضها بعضاً أما كونه توبوجرافياً فذلك لأنه جمع المكونات العاملية للذكاء الوجداني بجانب بعضها تبعاً لترتيب من العوامل الجوهرية (الأولية) إلى عوامل المحصلة (الرتبة الأعلى) والتي تم الربط بينهما من خلال مجموعة من العوامل التأييدية

(الثانوية أوالمساعدة) ويتمثل التنظيم أو الترتيب التوبوجرافي لمكونات الذكاء الوجداني لنموذج بار- أون فيما يلي:

أ- العوامل الجوهرية Core Factors:

وتشمل الوعي بالذات, والتفهم, والتوكيدية, واختبار الواقع ، وضبط الاندفاع.

ب- العوامل التأييدية Supporting Factors:

وتشمل اعتبار الذات, والاستقلالية, والمسؤلية الاجتماعية, والتفاؤل, وتحمل الضغوط, والمرونة.

ج- عوامل المحصلة Resultant Factors:

وتشمل حل المشكلة, والعلاقات الشخصية مع الآخرين, وتحقيق الذات, والسعادة.
وبناء على هذه المكونات صمم بار- أون مقياساً بأسلوب التقرير الذاتي للذكاء الوجداني وأطلق عليه قائمة نسبة الذكاء الوجداني Emotional Intelligence Quotient Inventory واستخدمت هذه القائمة في عدد من الدراسات الأجنبية والعربية.(سالي علي,2006,ص:18)

(ب)نموذج جولمان للذكاء الوجداني:

يرجع فضل انتشار مفهوم الذكاء الوجداني إلى دانيال جولمان Goleman بعد إصداره لكتابه المشهور عن الذكاء الوجداني عام1995 وفيه قدم تعريفه للذكاء الوجداني بأنه "قدرة الفرد على تعرف انفعالاته وانفعالات الآخرين, وتحفيزه لذاته, وإدارته لانفعالاته, ومعالجته لعلاقاته مع الآخرين" ويتضمن الذكاء الوجداني وفق هذا التعريف كما يرى جولمان Goleman1995 خمسة مكونات هي:

أ- الوعي بالذات Self Awareness:

يعني معرفة الفرد لانفعالاته وإدراكه لمشاعره, والتي تشتمل على الدقة في قياس الذات والثقة بالنفس.

ب- إدارة الانفعالات Controlling Emotions:

تعني التخلص من الانفعالات السلبية وترشيد الانفعالات بصورة تساعد على التوافق مع المواقف, وتتضمن:
التحكم الذاتي, ويقظة الضمير, والتكيفية ، والتجديد.

ج- الدافعية Motivation:

تعني تأجيل الإشباع وتتضمن: الدافعية الأكاديمية, والتواصل, والمبادرة، والتفاؤل.

د- التعاطف Empathy:

يعني الحساسية والتأثر بمشاعر الآخرين، والنظر إلى الأمور من منظورهم, والتوحد معهم انفعالياً ومشاركة الآخرين آلامهم وأفراحهم وقراءة المشاعر غير المنطوقة, والتواصل معهم.

ه- المهارات الاجتماعية Social Skills:

تعني التعامل مع الآخرين بطريقة إيجابية من خلال بناء واسع يطلق عليه جولمان الكفاءة الاجتماعية, وتشمل المهارات التي يحتاج إليها الفرد لكي يصبح قائداً يكتسب شعبية، وفعالاً في علاقاته مع الآخرين.

وقدم جولمان Goleman1998 نموذجه للذكاء الوجداني وهو تعديل لنموذجه الأول Goleman1995 الذي حدد فيه خمسة أبعاد للذكاء الوجداني واشتملت على خمس وعشرين كفاءة

صنفت إلى كفاءات شخصية تتضمن (الوعي بالذات, وتنظيم الذات, والدافعية الذاتية) وكفاءات اجتماعية؛ وتتضمن الوعي الاجتماعي, والمهارات الاجتماعية.
ثم أدخل جولمان تعديلاً على نموذجه عام1998، ويعكس نموذجه الحديث التحليل الإحصائي الذي قام به كل من جولمان وبوياتزيس Goleman &Boyatzis للأبعاد الخمسة للذكاء الوجداني بما تتضمنه من خمس وعشرين كفاءة وتتمثل هذه الأبعاد في (الوعي بالذات, وإدارة الذات, والوعي الاجتماعي, وإدارة العلاقات الاجتماعية).
وقد ظهرت ثلاثة أبعاد أساسية هي: الوعي بالذات, وإدارة الذات, والوعي الاجتماعي (ويشمل التعاطف) وأضيف إلى ذلك إدارة العلاقات الاجتماعية. وبالرغم من أنه تم تصنيفها في التحليل الإحصائي على أنها الوعي الاجتماعي فأنه يقترح أن الاختلاف بين بعد الوعي الاجتماعي وبعد إدارة العلاقات الاجتماعية ربما يكون نظرياً أكثر منه تجريبياً.

ومن الدراسات التي أيدت نموذج جولمان للذكاء الوجداني مايلي:
أولاً: من الدراسات التي أيدت نموذج Goleman,1995:
Sangla Potoa, 2002.

ثانياً: من الدراسات التي أيدت نموذج Goleman,1998:
عبد المنعم الدردير2002,2004,2001,Batastini, Murensky,2000.

ثالثاً: من الدراسات التي أيدت نموذج جولمان المعدل عام2001:
Lindley, 2001, Sala2001, Sevenic2001, Sala2002, Boyatizs, Oosten&Sala2004, Brad berry et al., 2004. (سالي علي,2006,ص:17-21)

***من خلال العرض السابق لنموذج جولمان يتضح مايلي:**
- يرجع الفضل في انتشار مفهوم الذكاء الوجداني وشيوعه لجهود جولمان؛ لاستخدامه هذا الاسم في مؤلفاته, وأشار إلى مؤلفيه(ماير وسالوفي).
- التزام جولمان بالمدخل الأساسي لنظرية الذكاء الوجداني كما عرفها ماير وسالوفي, وتعد نظريته تلخيصاً لما كتبه ماير وسالوفي, ولكنه لم يعرف الذكاء الوجداني على أنه قدرة عقلية؛ إنما عرفه على أنه نموذج مختلط يتضمن بعض المهارات العقلية والقدرات وسمات الشخصية, مثل: التدفق- المرونة- دفع الذات. ويرى أنه انتقل من الذكاء الوجداني إلى شئ أكثر اتساعاً.
- يشير جولمان في كتاباته إلى أنه يسعى ليصل إلى نظرية الأداء الأمثل في مجال الأداء الوجداني, وذلك من خلال مجموعة نظريات تتكامل مع الذكاء الوجداني.
- قدم جولمان نموذجه المختلط وأشار إلى أن الذكاء الوجداني سيكون وراء النجاح في المنزل والعمل وأن القدرات العقلية وحدها ليست كافية, ولكن يجب دمجها مع مهارات وسمات الشخصية.
- يتضح من كتابات جولمان أن للذكاء الوجداني أهمية تتجاوز IQ ولكنه لم يقدم أي دليل على هذه الأهمية. (لمياء علي,2007,ص:26)

أبعاد الذكاء الوجداني

طبقاً لما أشار إليه سالوفي وماير Salovey&Mayer,1990 وجاردنر Gardner,1993, يمكن تحديد خمسة أبعاد للذكاء الوجداني, كما يأتي:

(1)الوعي الذاتي Self Awareness:

ويعني قدرة الفرد على رؤية ذاته وفهم انفعالاته ومشاعره الذاتية كما هي دون مبالغة أو تزييف. ويشير إلى أن الإنسان يحتاج إلى إدراك جيد لمشاعره الذاتية لكي يتعرف إلى جوانب قوته وجوانب قصوره

وضعفه وهذا الإدراك يعد ركيزة أساسية لاتخاذ القرارات المختلفة؛ فالإنسان المدرك لانفعالاته ومشاعره الذاتية يعد قادراً على التحكم فيها وتوجيهها في خدمة هدف معين لإحداث نوع من التوازن بين الأفكار والمشاعر الذاتية وبين أحداث البيئة الخارجية المحيطة به.
ويرى ماير وسالوفي أن هناك عدة نماذج متنوعة فيما يختص بالانتباه للمشاعر, وتتمثل فيما يلي:

1) الواعي بذاته Self-Awareness:
وهذا الفرد لديه رؤية إيجابية لحياته ويتمتع بصحة نفسية جيدة وقدرة على التوافق مع الأحداث الخارجية المحيطة به.

2) المنجرف Engulfed:
وتطغى عليه عواطفه وتسيطر عليه انفعالاته ويكون غير قادر على الوعي بمشاعره.

3) المتقبل Accepting:
ويكون لدى هذا الفرد وعي بمشاعره الذاتية ويكون متقبلاً لها.

(2) إدارة الوجدانManagement Emotions:
وهو قدرة الفرد على تحقيق التوافق بين انفعالاته الذاتية وبين المواقف الاجتماعية المختلفة التي يتعرض لها من تلف وخوف وغضب وحزن. ويلاحظ أن للجوانب الانفعالية دوراً في تنمية الجوانب المعرفية للفرد ويرجع ذلك إلى قدرة الفرد على تركيز الانتباه وتنميته.
وبشكل محدد نجد أن إدارة الوجدان والقدرة على التحكم في الانفعالات الذاتية بعد مهم جداً من أبعاد مفهوم الذكاء الوجداني ؛ لأن السيطرة على الانفعالات وانطلاق المشاعر بالقدر الذي يناسب الموقف يحقق نوعاً من الاتزان الشخصي لدى الفرد فيشعره بنوع من التوافق الذي ينعكس إيجابياً على المواقف الاجتماعية.

(3)التحكم الذاتي(تنظيم الانفعالات) Regulating Emotions:
يوضح سكوتScott,2000 الجوانب الدينامية لهذا البعد من خلال التأكيد على أن القدرة على التحكم في الذات وتأجيل الإشباع من الجوانب المهمة في الذكاء الوجداني, حيث إن العواطف والانفعالات تؤثر على الكفاءة العقلية المعرفية للفرد, والذاكرة العاملة لديه Working Memory؛ وهي القدرة على الاحتفاظ في الذهن بالمعلومات التي لها علاقة بالمهمة التي يقوم بها الفرد.
وتعد القدرة على ضبط الانفعالات الذاتية والاستفادة منها في تحقيق هدف حيوي مهارة سيكولوجية وقدرة عقلية ذات أهمية حيث إن القدرة على الإصرار والمثابرة جانب مهم في الوصول إلى الأهداف المرجوة.

(4) التعاطف Empathy:
ويختص بعلاقة التفاعل بين الفرد والآخرين ومدى استجابة الفرد لهم ومراعاة مشاعرهم وتقدير انفعالاتهم الشخصية والقدرة على فهم هذه المشاعر وتلك الانفعالات ويساعد ذلك على خلق روح الألفة مع الآخرين.
ويشير مفهوم التعاطف إلى الحساسية تجاه مشاعر الآخرين وتقدير انفعالاتهم ووجهات نظرهم تجاه الأشياء المختلفة.

ويلاحظ أن هناك علاقة وثيقة بين التفهم والاهتمام والأشخاص الذين يهتمون بالآخرين غالباً مايستخدمون هذا الجانب من الذكاء الوجداني لتوجيههم في اتخاذ القرارات.

وتعد القدرة على تفهم مشاعر وانفعالات الآخرين وتقديرها مهارة اجتماعية تساعد الفرد على التفاعل بكفأة عالية مع الآخرين ، في حين أن العجز عن التعبير الانفعالي لدى الأفراد يجعل الآخرين غير قادرين على تفهم هذه الانفعالات والاستجابة لها ويجعل العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تسير بشكل غير فعال نظراً لهذا القصور الذي يعد جانباً ذا أهمية في الذكاء الوجداني الذي يؤدي بدوره دوراً فعالاً في تنسيق العلاقات الاجتماعية.

(5) التواصل الاجتماعي Social Communication:

أشار سالوفي وماير إلى أن هذا البعد يطلق عليه معالجة العلاقات الاجتماعية ويشير إلى القدرة الاجتماعية للفرد على فهم وإدارة عواطف الآخرين والتعامل معها وفق نوع هذه الانفعالات.

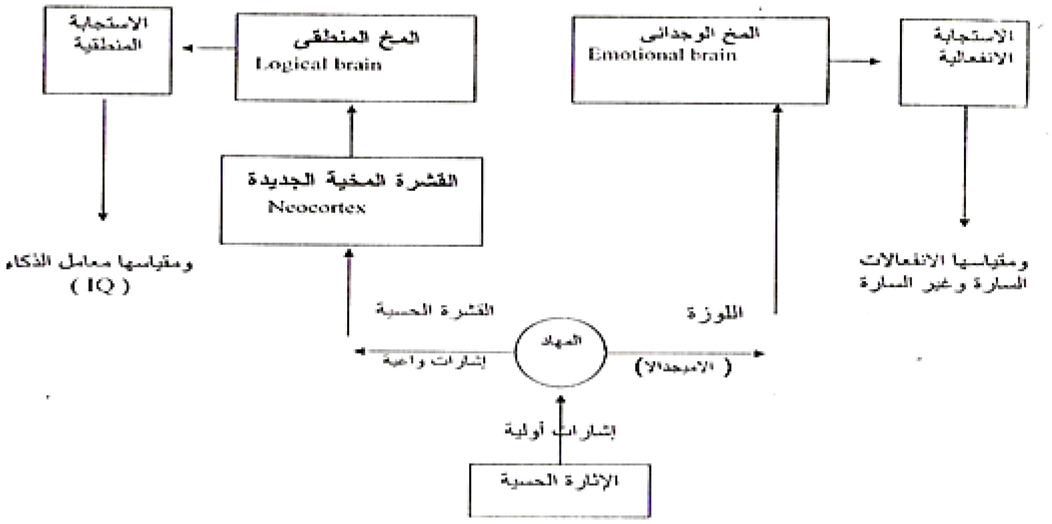
ويرى جولمانGoleman,1995 أن الأشخاص الماهرين انفعالياً يعرفون كيفية ضبط مشاعرهم , ويقدرون بكفأة مشاعر الآخرين ويفسرونها جيداً, ويحسنون التعامل معها. وهؤلاء الأفراد يتمتعون بعلاقات اجتماعية قوية, ويتفوقون في مجالات الحياة.

وهناك علاقة وثيقة بين الصحة النفسية والتفاعل الاجتماعي البناء. كما يوضح سكوت أن القدرة على إدارة الانفعالات مع الآخرين هي أساس تناول العلاقات الاجتماعية والتواصل على نحو صحي وسليم؛ حيث إن ضبط الانفعالات الذاتية شرط أساسي لبدء تعلم ونمو قدرة الفرد على إدارة ومعالجة مشاعر وانفعالات الآخرين, ويتطلب ذلك نضج مهارتين من مهارات الذكاء الوجداني هما: إدارة الوجدان, والتفهم.(أحمد عبد الواحد ,2002,ص:16-19)

المنظور الفيسيولوجي للذكاء الوجداني

العقل الوجداني ليس كياناً معنوياً هائماً في الفراغ, ولكنه يستند إلى تركيب تشريحي ووظائف فيسيولوجية واضحة, فهناك ما يسمى بالنظام الطرفي Limbic System وهو ما يقع في المنطقة الوسطى من المخ حيث تعلوه القشرة المخية Cerebral Cortex ويليه من أسفل جذع المخ Brain Stem وفي وسط الجهاز الطرفي توجد لوزتين تسمى كل واحدة منهما Amygdale, وقد تبين من الدراسات الفيسيولوجية العصبية أن هاتين اللوزتين تستقبلان وترسلان كل الرسائل الوجدانية, وهما لا تعملان منفصلتين عن باقي أجزاء المخ بل لهما اتصالات مهمة بتلك الأجزاء وخاصة القشرة المخية, حيث تنجز المهام التحليلية واللغوية وحيث الذاكرة العاملة.

ويشير جولمان إلى: أن العقل الوجداني يقوم بفحص كل ما يقع لنا لحظة بلحظة ليتبين هل ما يحدث الآن يشبه حدثاً وقع في الماضي وتسبب في إيلامنا أو إثارة غضبنا أم لا؟. فإذا حدث هذا تدق اللوزة ناقوس الخطر, لتعلن عن وجود طوارئ وتحرك السلوك في أقل من ثانية. وهي تقوم بهذا التحريك بسرعة تفوق مايحتاجه العقل المفكر ليتبين ما يحدث وهذا يفسر لنا كيف يسيطر الغضب أحياناً ويدفع الإنسان لارتكاب أفعال يتمنى لو لم يكن ارتكبها. إن العواطف تؤثر في التفكير التحليلي, فإذا كان الاتصال بينهما ناضجاً وسليماً فإننا نستطيع أن نتحكم في استجاباتنا لما ترسله اللوزة من رسائل, حيث تستطيع القشرة المخية أن توقف الهجوم؛ فكل إنسان يغضب, ولكن ليس كل إنسان يستجيب استجابات تتسم بالعنف, أما الذين يعانون من حزن أو غضب أو قلق مرضي فيكون نشاط اللوزة لديهم سابقاً للنشاط التحليلي الذي تقوم به القشرة المخية. (Goleman,2000,p.58)



شكل رقم(2)

المنظور الفسيولوجي للمخ الانفعالي الوجداني والمخ المنطقي
نقلاً عن :(لمياء علي,2007,ص:32)

الذكاء الوجداني من منظور تكاملي

يمكن توضيح تكاملية الذكاء الوجداني من خلال أربع منظومات كما يلي:

1- المنظومة المعرفية:

يشير كل من ماير وسالوفي Mayer&Salovey,1990 إلى أن الذكاء الوجداني يتضمن ثلاث عمليات عقلية,هى:
العملية الأولى: وهي قدرة الفرد على تقييم ذاته, والتعبير عن مشاعره للآخرين.

العملية الثانية: وهي قدرة الفرد على فهم انفعالاته وتنظيمها, والقدرة على إدارتها وضبطها, وإدارة مشاعر الآخرين.

العملية الثالثة: وهي قدرة الفرد على استخدام مشاعره وانفعالاته في توصيل أفكاره وشرحها للآخرين سواء بطريقة لفظية أو بطريقة غير لفظية.

كما يشير تايلور Taylor,1999 إلى أن بعض مظاهر الذكاء الوجداني ترتبط بالنشاط الوظيفي للمخ, وتتضمن هذه المعالجة المعرفية للانفعالات والعواطف. وأشار أيضاً إلى أن الآليات العصبية والمعرفية تدخل في نطاق مفهوم الذكاء الوجداني.

2- المنظومة الوجدانية:

يعد الذكاء الوجداني قدرة على فهم الانفعالات والمشاعر الوجدانية لضبطها والسيطرة عليها, والتحكم في الدوافع والنزعات الشخصية؛ ولذلك يعد البعد الوجداني أساس الذكاء الوجداني.
ويعد الوجدان استعداداً نفسياً, ينشأ عن تركيز مجموعة من الانفعالات حول موضوع معين, كان مثيراً لعدة ميول ذاتية مختلفة, وتنتج عن هذه الاستثارة أن أصبح الفرد مستعداً للاستجابة الانفعالية على نحو

معين لهذه الاستثارة, والعاطفة نزعة مكتسبة تتكون بالتدريج بعد المرور بالتجارب الوجدانية والخبرات المختلفة.

3- المنظومة الثقافية الاجتماعية:

يعد البعد الثقافي الاجتماعي بعداً مهماً للذكاء الوجداني, حيث يتم تعلم الفرد مهارات الذكاء الوجداني من خلال الوسط الثقافي الاجتماعي الذي يعيش فيه, بالإضافة إلى أن الذكاء الوجداني يساعد على زيادة فاعلية التواصل الاجتماعي, وإدراك العلاقات بين الأشخاص, وينمي قدرة الفرد على التعاطف مع مشاعر الآخرين, ويعمق الحساسية الاجتماعية تجاه مشاعر الآخرين.

4- منظومة التعبير الجمالي:

يعد الذكاء الوجداني قدرة لإدراك المشاعر الذاتية, وتحقيق نوع من التوازن بين الفكر والوجدان, وتنسيق المشاعر الذاتية بشكل يعكس أفضل المشاعر التي تناسب الموقف الاجتماعي دون مغالاة, مما يجعل الفرد في حالته من التوافق الشخصي.
ويؤكد كوبر وصواف Cooper&Sawaf,1997 على أن هناك أربعة أسس للسلوك التعبيري للذكاء الوجداني, كما يلي:

أ) التعلم الوجداني:

ويتضمن معرفة المشاعر الذاتية وفهمها, وكيفية توظيفها في المواقف الملائمة.

ب) المرونة الوجدانية:

وتتضمن قدرة الفرد على تحمل الضغوط الوجدانية والمرونة وإدارتها وضبطها من موقف لآخر.

ج) التعمق الوجداني:

ويتضمن التطور والنمو الوجداني.

د) التعاطف الوجداني:

ويتضمن استخدام المشاعر باعتبارها وسيلة للكشف عن مشاعر الآخرين والحساسية الاجتماعية تجاه مشاعر الآخرين. (أحمد عبد الواحد,2005,ص:63-65)
ومن خلال التفاعل بين هذه المنظومات الأربعة يتضح لنا تكامل الذكاء الوجداني الذي يظهر في السلوك الذي يأتي به الفرد في المواقف المختلفة.

العلاقة بين الذكاء الوجداني(EQ) والذكاء العام(IQ)

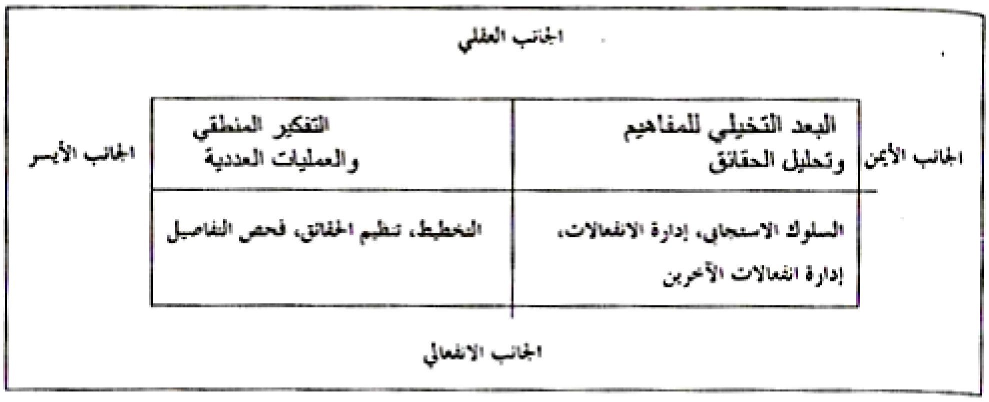
تعددت وجهات نظر العلماء في تحديد طبيعة العلاقة بين الذكاء العام والذكاء الوجداني, فيرى فريق أنه توجد علاقة بين الذكاء الوجداني والذكاء العام, وفريق آخر يرى عدم وجود علاقة بينهما.

فيشير جولمان Goleman,1995 إلى أن معامل الذكاء(IQ) والذكاء الوجداني(EQ) يشكلان نمطين منفصلين للذكاء ولكنهما غير متعارضين, والواقع أن هناك علاقة متلازمة بين معامل الذكاء وبعض مظاهر الذكاء العاطفي, كما وجد أن الذكاء الوجداني يتم في إطار عمليات الإدراك والتقويم والتعبير عن الانفعال, ولكن من النادر أن نجد شخصاً يجمع بين معامل الذكاء المرتفع والذكاء الوجداني المنخفض.(Goleman,2000,p.69-70)
ويؤكد "دانيال جولمان" أن الذكاء الوجداني أهم من نسبة الذكاء العقلي, وذلك لأن الأشخاص الماهرين انفعالياً والذين يتعرفون على مشاعرهم ويتحكمون فيها، ويقرأون بكفاءة مشاعر الآخرين ويحسنون

التعامل معها، يكون لهم السبق في التفوق في أي مجال من مجالات الحياة, ابتداءاً من العلاقات العاطفية الحميمة إلى الالتزام بالقواعد غير المكتوبة التي تحكم النجاح في أي عمل وأي سياسات أو مؤسسات.

ولهذا يؤكد "جولمان" أن نسبة الذكاء العقلي ينبئ بجانب ضئيل من الأداء الوظيفي بنسبة تتراوح بين 4:20%, ولكن تشير الدراسات الحديثة إلى أن الذكاء الوجداني ينبئ ب80% من نجاح الإنسان في الحياة, ويؤكد هذا على تفوق الذكاء الوجداني على الذكاء العقلي, ومن ثم فإن الصحة الوجدانية تنبئ بالنجاح في الدراسة والعمل والزواج.
ويشير فرج عبد القادر طه 1999 إلى أن الذكاء العقلي أكثر تأثراً بالوراثة عن البيئة, حيث إن الآباء الأذكياء عادة مايرتفع الذكاء بين أبنائهم في حين أن الآباء الأغبياء عادة ما ينخفض الذكاء بين أبنائهم, وعلى هذا فهو أكثر تأثراً بالوراثة عنه بالبيئة, بالإضافة إلى أن الذكاء العقلي يظل ينمو لدى الفرد حتى سن الخامسة عشر أو بعدها بقليل.
في حين أن الذكاء الوجداني كما يؤكد Hendrie Weisinger,1998 يمكن تنميته وذلك من خلال التعلم والممارسات لمهارات وقدرات الذكاء الوجداني والتي تشمل: الوعي بالذات- إدارة الوجدان- الدافعية الذاتية, وغيرها من القدرات بالغة الأهمية.(حسين حسان ,2005,ص:36,37)

ويسهم الذكاء الوجداني أيضاً في تحسين الأداء العقلي, وهذا ما أشارت إليه إحدى الدراسات التي أجريت على1011 طفلاً طبق فيها اختبار الذكاء التقليدي واختبار الذكاء الوجداني, وقد تبين أن الأطفال الأكثر ذكاءً وجدانياً (مهارة قراءة المشاعر غير اللفظية) كانوا من المحبوبين في المدرسة وهم أكثر استقراراً عاطفياً وأفضل أداء, بالرغم من أن درجة الذكاء التقليدي كانت متوسطة.
ويشير فاروق عثمان إلى أن هناك تفاعلاً بين الجانب العقلي والجانب الانفعالي والذي يظهر ويتبلور من خلال الذكاء الانفعالي والذي يعبر عن نفسه في صور سلوكية متعددة منها: إدراك انفعالات الآخرين, ويمكن تلخيص هذه العلاقة في الشكل التالي:



شكل رقم(3)

العلاقة بين الجانب العقلي والجانب الانفعالي

نقلاً عن:(لمياء علي,2007,ص:35)

ويرى في الجهة الأخرى ماير وسالوفي أن الذكاء الوجداني يرتبط بالذكاء العام في أن كلاً منهما يحتوي علي مجموعة من القدرات ولكن يختلفان في نوعية هذه القدرات.
وقد تبين جاكJack,1995 في دراسة لبعض المتغيرات الشخصية المرتبطة بالذكاء العام مستقلاً عن الذكاء الوجداني, والذكاء الوجداني مستقلاً عن الذكاء العام, أن ذوي الجوانب الشخصية المتميزين في الذكاء الوجداني مستقلاً عن الذكاء العام كانوا أكثر تميزاً في الجوانب الاجتماعية, ولديهم اتجاهات إيجابية نحو أنفسهم ونحو الآخرين.

وأثبتت دراسة هاما شيك Hama Chek,2000 أن الذكاء التقليدي (العام) يأخذ الفرد إلى عالم من المعلومات المجردة والعلمية والمعرفية ومهارات حل المشكلات, أما الذكاء الوجداني فيعمل على إعادة توازن الفرد مع العالم المحيط به؛ حيث يُنشِّط إدارته لذاته أكثر من العمل كرد فعل لمثيرات البيئة الخارجية. (لمياء علي,2007,ص:35,34)
وعلى هذا فإن الدراسات والأبحاث تشير إلى وجود علاقة بين المتغيرين الذكاء الوجداني والذكاء العقلي, حيث إنهما ليسا كيانات مستقلة حتى وإن كانت العلاقة ضعيفة, كما أشار "جولمان ولورا ولويزا" وغيرهم من الباحثين الذين اتفقوا أيضاً على أن الذكاء الوجداني أكثر قدرة على التعامل مع المواقف الانفعالية بدرجة أكثر من الذكاء الأكاديمي.(حسين حسان,2005,ص:38)

وتتفق الباحثة مع ماير وسالوفي وجولمان, في أن الذكاء الوجداني أكثر قدرة على التنبؤ بالنجاح في مجالات الحياة؛ وذلك لأنه يمد الفرد بمهارات مواجهة الضغوط, ونحن في أشد الحاجة لهذه المهارات, وخاصة في ظل زيادة الضغوط التي نتعرض لها في حياتنا, وتحتاج إلى الذكاء الوجداني في مواجهتها والتغلب عليها, ويلاحظ أن القدرة العقلية وحدها غير كافية لتحقيق النجاحات الباهرة في الحياة على الرغم من أنها أساسية, ولكنها تحتاج إلى مهارات الذكاء الوجداني وخصائصه الإنسانية اللازمة لتحقيق النجاح في الحياة. وعلى ذلك؛ فإن كليهما مكمل للآخر وضروري جداً لتحقيق النجاح في شتى مجالات الحياة.

الأهمية التطبيقية للذكاء الوجداني

لقد أشارت كثير من الدراسات إلى أهمية الذكاء الوجداني, حيث ذهبت بعض الدراسات إلى أهمية المهارات الوجدانية في تحقيق التكيف الاجتماعي والوجداني مثل دراسات ماير وسالوفي.
كما ذهبت بعض الدراسات الأخرى إلى أهمية المعالجة المعرفية للمعلومات الوجدانية في مساعدة المرضى في التحكم في أمور حياتهم, حيث أجريت هذه الدراسات على عينات من المرضى ذوي التلف الدماغي مثل دراسة دام Dam,1994. كما قامت بعض الدراسات الأخرى بوضع برامج لتعليم الأطفال المهارات الخاصة بالتعرف إلى المشاعر والانفعالات الوجدانية من خلال وجوه الآخرين, والقدرة على التعبير عن الانفعالات الذاتية, مثل دراسة جرينبرج وكيوش.
(أحمد عبد الواحد,2005,ص:72)
ويلاحظ أن الذكاء الوجداني يمثل أهمية خاصة في المجالات التطبيقية المختلفة, وفيما يلي بعض المجالات التطبيقية للذكاء الوجداني:

أولاً: الذكاء الوجداني في الأسرة:

يذكر جولمان Goleman,1995 أن الحياة الأسرية هي أول مدرسة لتعليم المشاعر, حيث نتعلم المشاعر من خلال شعورنا تجاه أنفسنا وتجاه الآخرين, وتعلمنا الحياة الأسرية أيضاً كيف نُكَوِّن ردود أفعالنا؟.
وتمثل مرحلة الطفولة الفرصة الأولى لتلقي الدروس الوجدانية الأساسية للطفل من خلال معاملة الآباء لأبنائهم.
ويشير كل من ماير وبيلتز Mayer&Beltez,1998 في كتابهما عن التنشئة الاجتماعية والمجتمع والصحة الوجدانية والذكاء الوجداني؛ إلى أهمية التنشئة الاجتماعية في تنمية الذكاء الوجداني لدى الأطفال, ودور الأسرة المتمثل في الأب والأم في تنمية العواطف والمشاعر لدى الأبناء, وأهمية الذكاء الوجداني في دعم التواصل الاجتماعي.(أحمد عبد الواحد,2005,ص:73,72)

وأشار جولمان أيضاً إلى أن تمتع الوالدين بالذكاء الوجداني يعود بفائدة كبيرة على الأطفال, فالطريقة التي يتعامل بها الآباء مع بعضهم بعضاً, والطريقة التي يتعاملون بها مع أبنائهم تغرس دروساً عميقة في نفوس الأطفال, وذلك لأنهم في هذه السن أكثر حساسية تجاه التغيرات الوجدانية في الأسرة أى أنه

كلما زادت الكفاءة الوجدانية لدى الآباء زادت قدرتهم على مساعدة أبنائهم في مختلف حالاتهم الوجدانية.
وتؤكد الدراسات أن الآباء الذين يتسمون بالذكاء الوجداني ينمون أطفالهم بطريقة صحيحة مقارنة بالآباء الذين يعجزون عن التعامل مع الآخرين ومشاعرهم ، وهؤلاء الأطفال يكونون أكثر توافقاً مع والديهم وحباً لهم وأقل توتراً في تعاملهم معهم, كما يكونون أكثر قدرة على تهدئة أنفسهم عند الغضب والضيق ويتضح أيضاً أن لديهم قدراً أقل من المشكلات السلوكية. (حسين حسان,2005,ص:66)
وتتفق الباحثة مع جولمان في أهمية الكفاءة الوجدانية لدى الوالدين ومالها من أثر طيب في الحياة الأسرية وتنشئة الأطفال بطريقة سوية, وتحمل الضغوط والصدمات لما لديهم من بعد إدارة الوجدان والتحكم في الانفعالات وتفهمها والتعاطف مع الآخرين.

ثانياً: الذكاء الوجداني في المدرسة:

تؤثر الحالة الانفعالية للفرد على حالته العقلية, ويظهر هذا الأمر بوضوح لدى التلاميذ حيث إن التلاميذ ذوى الدرجات المرتفعة للقلق والغضب والاكتئاب لايتعلمون بكفاءة, فمن يقع فريسة لمثل هذه الحالات لايستطيع استيعاب المعلومات بكفاءة, ولايستطيع الاستفادة منها, في حين تهاجم الانفاعلات التركيز فإنها تعطل القدرة العقلية, وبذلك يصبح الذكاء الوجداني استعداداً رئيسياً وطاقة تؤثر بشدة وعمق على القدرات الأخرى.
وهناك كثير من الدراسات حاولت الكشف عن العلاقة بين الذكاء الوجداني, والتحصيل الدراسي, مثل دراسة جوسن إرماIrma,1999 ودراسة تابياTapia,1998 ودراسة هنريHenry,2001, حيث أشارت هذه الدراسات إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين الذكاء الوجداني والتحصيل الدراسي, وأهمية الذكاء الوجداني بالنسبة للطلاب والمعلمين.(أحمد عبد الواحد,2005,ص:73)

ثالثاً: الذكاء الوجداني في العمل:

تكمن قوة الذكاء الوجداني في أنه يخلق علاقات عمل جيدة ويساهم في الحفاظ عليها, وقد ميز بين الأفراد ذوي الأداء المتوسط والأفراد ذوي الأداء المرتفع في معامل (بيل) ومن خلال المقارنة بين المجموعات من حيث المهارة الوجدانية؛ فوجد أن الأفراد ذوي الأداء المرتفع والمميز قد اتسموا بالقدرة على خلق علاقات جيدة داخل مجال العمل والمحافظة عليها, والتناغم داخل فريق العمل يدعمه العلاقات الطيبة بين أفراده والثقة المتبادلة بينهم والتي تحكم مشاعر واهتمامات أفراد فريق العمل.
(حسين حسان,2005,ص:59)

وقد حدد بعض الباحثين عدة طرق لتدعيم الكفاءة الوجدانية في مجال العمل, وهي:
أ- قدرة الفرد على تقويم ذاته لمعرفة احتياجاته, ومستوى مهاراته.
ب- تحفيز الفرد لذاته(الدافعية) وتوجيهها.
ج- التدريب وتنظيم الدعم والمساندة.
د- التعرف إلى العاملين الناجحين ومساندتهم معنوياً ومادياً.(أحمد عبد الواحد ,2005,ص:74)

وتشير الدراسات إلى وجود تأثير مباشر وفعال لمهارات الذكاء الوجداني في مجال العمل, ففي دراسة قام بها أوجن Eugene,1998 توصل من خلالها إلى أن القادة البارعين يرتفع لديهم الذكاء الوجداني, وأكد على ضرورة اهتمام المؤسسات التي ترغب في تحقيق مستوى عالٍ من التوافق والتفاهم بين أعضائها إلى ضرورة تنمية المهارات الوجدانية والاجتماعية للأفراد العاملين بها.
(حسين حسان,2005,ص:60,59)

قياس الذكاء الوجداني

أدى تنوع النماذج النظرية للذكاء الوجداني إلى ظهور عدد من المقاييس التي تهدف لقياس الذكاء الوجداني. ويذكر كل من أميرلينج وجولمانEmmerling&Goleman,2003 أن هناك على الأقل ثلاثة مداخل متباينة للذكاء الوجداني, وهي:
مدخل السمات (ويقاس بأسلوب التقرير الذاتي) ومدخل الكفاءة (ويقاس بأسلوب تقدير الآخرين) ومدخل القدرة (ويقاس باعتباره قدرة عقلية).

وهذا يتفق مع تصنيف ماير, كاروزو, وسالوفيMayer,Caruso&Salovey,2000 لمقاييس الذكاء الوجداني؛ حيث صنفت إلى ثلاثة أنواع, هي:

- مقاييس القدرة Mental Measure
- مقاييس التقرير الذاتي Self-report Measures
- مقاييس تقدير الملاحظ Observer-rating Measures.

أولاً: مقاييس القدرة للذكاء الوجداني:

ويتضمن الذكاء الوجداني بوصفه معالجة للمعلوماتInformation Processing وتفسير المعلومات المحملة بالوجدان.ويتطلب لقياسه أدوات تقيس الأداء الأقصي Maximum-Performance, وينبغي أن تتضمن فقرات تتطلب إجابة من قبيل صواب/خطأ.
ولقد قدم ماير, وكاروزو, وسالوفي الحجج على أن الذكاء الوجداني يمكن تصوره بصورة أكثر دقة باعتباره قدرة بدلاً من اعتباره مزيجاً من السمات والخصائص, وتتمثل هذه الحجج فيما يلي:

1- أن مقاييس القدرة تهتم بقياس مجموعة من القدرات الحقيقية التي تمثل الذكاء الفعلي للفرد.
2- أن مقاييس القدرة تهتم بقياس شئ ما جديد وفريد؛ لأنها لاتقتصر على قياس مهارات الأفراد وثباتهم الانفعالي بل تتعدى ذلك إلى قياس قدراتهم الحقيقية.
3- أن قياسات مقاييس القدرة أقل عرضة لتأثير استجابة الفرد بما يسمى بمعامل المرغوبية الاجتماعية Social Desirability والقابلية للتزييف Susceptibility of Facing في الإجابة كما في أسلوب التقرير الذاتي أو في مدخل المعلومات.

ومن أهم مقاييس الذكاء الوجداني باعتباره قدرة:

1-مقياس الذكاء الوجداني متعدد العوامل MEIS:

ويتكون مقياس الذكاء الوجداني متعدد العوامل Multifactor Emotional Intelligence Scale من 12مهمة تتضمن 141 مفردة تتدرج تحت أربعة فروع للقدرات هي:

أ) الإدراك الانفعاليEmotional Perception.
ب) التيسير الانفعالي للتفكيرEmotional Facilitation of Thinking.
ج) الفهم الانفعاليEmotional Understanding.
د) إدارة الانفعالاتManaging Emotions.

2- اختبار الذكاء الوجداني لماير وسالوفي وكاروزوMSCEIT:

ويتضمن هذا الاختبار ثماني مهمات بدلاً من اثنتي عشرة مهمة تندرج تحت أربعة فروع يقاس كل فرع بواسطة اختبارين. ويتكون هذا الاختبار من 141 مفردة على أن يجاب عليها في فترة زمنية تتراوح بين(30-40) دقيقة, وهذا الاختبار يصلح للأفراد من عمر زمني 17 عاماً فأكثر.
وتتمثل فروع اختبار الذكاء الوجداني فيما يلي:
الإدراك الانفعالي- التيسير الانفعالي للتفكير- الفهم الانفعالي- إدارة الانفعالات.

ثانياً: مقاييس التقرير الذاتي للذكاء الوجداني:

أوضح بيتريدس وفيرنهام Peterides&Furnham,2000 أن مقاييس التقرير الذاتي تتناول الذكاء الوجداني باعتباره سمة, وتهتم بالاتساق في السلوك عبر المواقف المختلفة, وتتمثل في سمات أو سلوكيات معينة مثل: التعاطف, التوكيدية والتفاؤل.

وفي هذا المدخل يطلب من الفرد تحديد درجة انطباق مجموعة من التعبيرات الوصفية عليه, ويتوقف ذلك على فهم الفرد لنفسه؛ فإذا كان مفهوم الفرد عن نفسه دقيقاً, فسيصبح تقديره لقدراته الوجدانية الحقيقية دقيقاً والعكس.

ومن أمثلة مقاييس التقرير الذاتي للذكاء الوجداني:

1-قائمة نسبة الذكاء الوجدانيEQ-I لبار- أون:

ويتألف مقياس بار- أون Bar-on,1997 من 131 مفردة تندرج تحت خمسة عشر مقياساً فرعياً يجاب عنه في

ثلاثين دقيقة, ويتضمن المقياس خمسة أبعاد أساسية, هي:

أ) القدرات الشخصيةIntrapersonal Abilities.

ب) القدرات الاجتماعيةInterpersonal Abilities.

ج) إدارة الضغوطStress Management.

د) التكيفيةAdaptability.

ه) المزاج العامGeneral Mood.

2- اختبار جولمانGoleman1995:

يتكون اختبار جولمان من عشرة مواقف, وعلى الفرد أن يحدد استجابته في كل موقف من تلك المواقف, ويرى جولمان أن استجابات الفرد على تلك المواقف ستقدم تقريراً عن حاصل ذكائه الوجداني.

3- خريطة الحاصل الوجدانيEQ-Map:

أعد كوبر Cooper,1996 خريطة الحاصل الوجداني, وقد قسم فيها الذكاء الوجداني إلى خمسة مكونات, هي:

أ) بيئة التعاملCurrent Environment.

ب) المعرفة الوجدانيةEmotional Literacy.

ج) الكفاءات المرتبطة بالحاصل الوجدانيEmotional Quotient Competences.

د) الاتجاهات والقيم المتعلقة بالجوانب الوجدانية Emotional Quotient Values and Attitudes.

ه) مخرجات مجال خريطة الحاصل الوجدانيThe Outcomes area of The EQ-Map.

4- قائمة شوتي وآخرينSchutte et al.,1998:

صمم كل من شوتي, ومالوف, وهال, وهاجيرتي, وكوبر, وجولدن, ودورنهايم Schutte, Malouf, Hall, Haggerty, Cooper, Golden &Dornheim قائمة لقياس الذكاء الوجداني بأسلوب التقرير الذاتي معتمدين على العمل المبكر لكل من سالوفي وماير, وتتضمن القائمة 33مفردة تقيس أربعة أبعاد, هي:

أ) التقييم والتعبير عن الانفعالات.

ب) تنظيم الانفعالات.

ج) استخدام الانفعالات في حل المشكلات.

د) فعاليات معرفية أخرى.

ثالثاً: مقاييس تقدير الملاحظ للذكاء الوجداني:

ويتوقف هذا المدخل على الأفراد الملاحظين المكلفين للقيام بهذه المهمة وعلى مدى قدرتهم على تنظيم المعلومات. ويعد هذا المدخل مناسباًُ لقياس رؤية الملاحظين وليس لقياس القدرات العقلية للفرد لأنه لاتوجد نتائج سلوكية ثابتة تدعم هذا التوجه.

ومن أمثلة مقاييس تقدير الملاحظ أو المقاييس المعتمدة على مدخل المعلومات هي:

1- قائمة الكفاءة الوجداني Emotional Competence Inventory:

لقد صمم كل من بوياتزيس, وجولمان, وريةBoyatzis,Goleman&Rhee1999 قائمة الكفاءة الوجدانيةECI لقياس عشرين كفاءة تتدرج تحت أربعة جوانب للذكاء الوجداني, وهي:

أ) الوعي بالذات Self-Awareness.

ب) إدارة الذات Self-Management.

ج) الوعي الاجتماعي Social Awareness.

د) إدارة العلاقات الاجتماعية Relationships Management.

2- استبيان تقدير الذكاء الوجداني Emotional Intelligence Appraisal:

صمم كل من براد بيري, وجريفيس وإميرلينجBradberry,Greaves&Emmerling,2004 استبياناً لتقدير الذكاء الوجداني بناء على نموذج جولمان 2001"الوعي بالذات, وإدارة الذات, والوعي الاجتماعي, وإدارة العلاقات الاجتماعية".

وتناولت أسئلة الاستبيان هذه المكونات. وتم بناء أسئلة الاستبيان باستخدام مقياس متدرج سداسي (أبداً, نادراً, أحياناً, عادةً, غالباً, دائماً).

ولهذا الاستبيان ثلاث نسخ, هي:

- نسخة التقييم الذاتي M.E. Edition.
- نسخة التقييم المتعددة M.R. Edition.
- نسخة تقييم الذكاء الوجداني للفريق Team EQ Edition.(سالي علي,2006,ص:21-27)

تعقيب على محور الذكاء الوجداني

من خلال عرض الإطار النظري للذكاء الوجداني يمكن أن نستخلص مايلي:

- يوجد نموذجان مفسران للذكاء الوجداني:

1- نموذج القدرة: ويركز على التفكير وعلاقته بالجانب الوجداني للفرد, ويشير إلى أن الانفعالات تسبق عملية التفكير, والتفكير يعقبه انفعال.

2- النماذج المختلطة: وتركز على المهارات وسمات الشخصية مثل المثابرة والحماس.

- نظراً لاعتماد هذه الدراسة على نموذج الذكاء الوجداني باعتباره قدرة معرفية؛ سنعتمد على تعريف ماير وسالوفي للذكاء الوجداني, بأنه نوع من معالجة المعلومات الانفعالية يتضمن التقييم الدقيق للانفعالات في داخل الفرد ولدى الآخرين والتعبير الملائم عن الانفعالات لتعزيز الحياة.

- قسم ماير وسالوفي الذكاء الوجداني إلى قدرات هي: إدراك الانفعال, وتيسير الانفعال, وفهم الانفعال, وإدارة الانفعال.

- الذكاء الوجداني لايقل أهمية عن الذكاء الأكاديمي, وإنما يشتركان معاً لتحقيق النجاح في توافق الفرد مع المجتمع؛ لذا تفترض الباحثة وجود تأثير للذكاء الوجداني في زيادة قدرة الفرد على تحمل الصدمات والأزمات والضغوط.

ثانياً: اضطراب ضغوط مابعد الصدمة

Post-Traumatic Stress Disorder

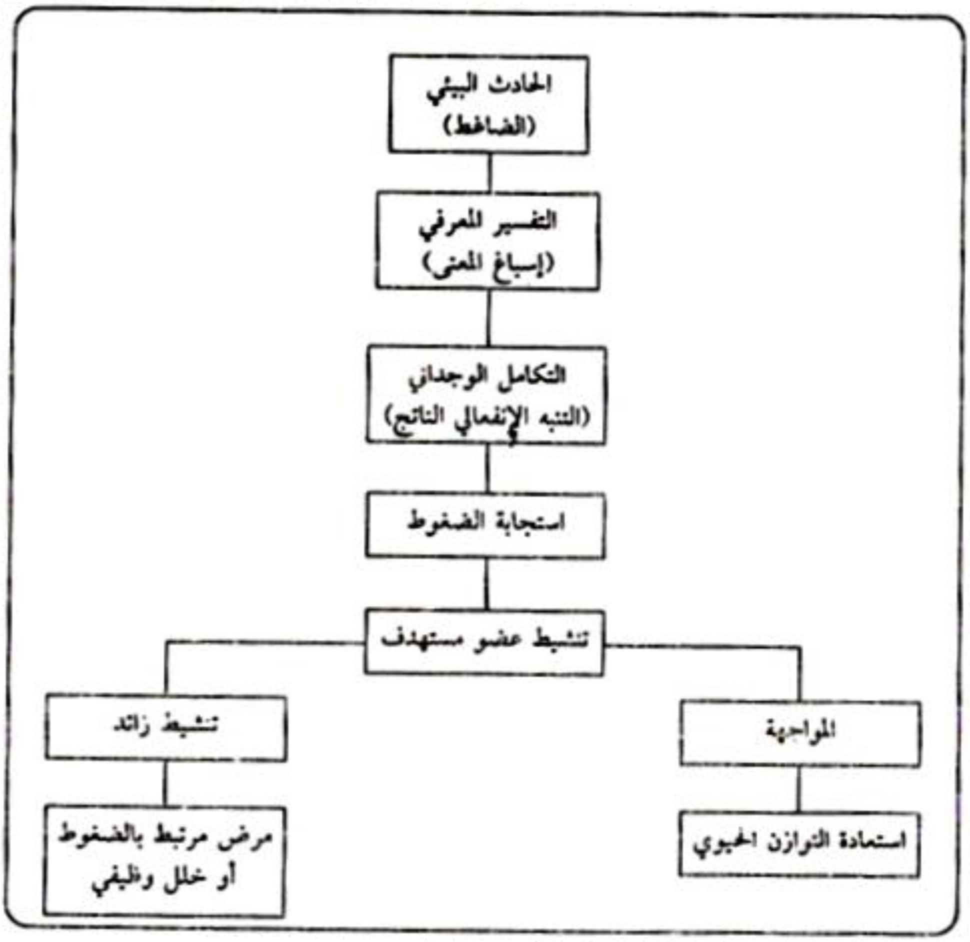
وفي هذا الجزء من الفصل, تتناول الباحثة متغير اضطراب ضغوط مابعد الصدمةPTSD من خلال إلقاء الضوء على بعض النقاط, وهي:
تعريف اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, والفرق بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة الحاد والمزمن, وأعراضه, والمحكات التشخيصية, والاضطرابات النفسية الأخرى التي يمكن أن تحدث مصاحبة لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة, وتفسير اضطراب ضغوط مابعد الصدمة نفسياً ومعرفياً وبيولوجياً, وتشخيص اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وقياسه, وكيفية العلاج والتدخل المناسب.
وستقوم الباحثة بشرح كل من هذه النقاط بشئ من التفصيل, على النحو التالي:

مفهوم اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وتعريفه

من المتغيرات المهمة التي تحدد استجابة الإنسان للضغوط الواقعة عليه, إدراكه لهذه الضغوط, ومن المعروف أن إدراك الضغوط مسألة نسبية إلى حد بعيد؛ فقد يتعرض شخصان للصدمة العنيفة ذاتها فيرى أحدهما أن هذه الصدمة قد دمرته تدميراً, في حين يدرك الآخر أنها كان من الممكن أن تكون أقوى وأعنف, والحمد لله أنها لم تكن كذلك.

وتتعدد ردود الأفعال للضغوط الواقعة على الفرد تعدداً غير قليل, فيبدأ الضاغط Stressor بالتأثير على الفرد في سياق متتابع يمكن أن يصل إلى حد طريقتين: السواء واستعادة التوازن الحيوي, أو المرض والخلل المرتبط بالضغوط.

ويبين الشكل التالي نموذجاًً للاستجابة الإنسانية للضغوط يعد تكاملاً لأعمال كل من: لازاروس, وفولكمان, وسيلي, وإيفرلي, وسميث. (أحمد عبد الخالق, 1998,ص:78,77)



شكل رقم(4)

نموذج للاستجابة الإنسانية للضغوط

نقلاً عن:(أحمد عبد الخالق,1998,ص:78)

ويلاحظ أن عبارة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل عام 1980؛ إذ كان العلماء يستعملون قبل هذا التاريخ بعض العبارات الخاصة, مثل صدمة القصف أو المعارك والحروب. وبعد الحرب العالمية تركز الاهتمام على الناجين من معسكرات الاعتقال والتعذيب, وكذلك الناجين من الكوارث الطبيعية وحوادث الحياة اليومية, مثل الاغتصاب وحوادث المرور والحرائق................إلخ.

وفي عام 1980, أدخلت جمعية الطب النفسي الأمريكية عبارة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, وذلك للدلالة على اضطراب نفسي خاص يتلو حدوث الصدمة. وبعد سبع سنوات, عادت جمعية الطب النفسي الأمريكية وأدخلت بعض التعديلات على مفهوم اضطراب ضغوط مابعد الصدمة؛ وأهم هذه التعديلات هي:

1-التركيز على عملية التجنب Avoidance التي تعد مؤشراً أساسياً للدلالة على اضطراب مابعد الصدمة.

2-الإشارة إلى اضطراب ضغوط مابعد الصدمة عند الأطفال.

يمكننا القول هنا بأن اضطراب ضغوط مابعد الصدمة هو مرض نفسي تم تصنيفه وتوصيفه من جانب جمعية الطب النفسي الأمريكية, وينجم هذا الاضطراب عن تعرض شخص ما لحدث مؤلم جداً (صدمة) يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة؛ بحيث تظهر عليه لاحقاً عدة عوارض نفسية وجسدية. ويلاحظ أن هناك عدة عوامل قد تساعد على ظهور هذا الاضطراب بما في ذلك: طبيعة الصدمة, وسن الضحية, وطبيعة الشخصية واستعدادها المرضي, ودور البيئة.
وقد يكون هذا الاضطراب حاداً؛ أي أنه يستمر لفترة محدودة, وقد يطول ويصبح مزمناً.
(غسان يعقوب , 999,ص:37-39)

اضطراب ضغوط مابعد الصدمة الحاد والمزمن

يلاحظ أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, لايستطيعون استعادة حياتهم بصورة طبيعية, ويقعون فريسة الوساوس التي تتعلق بحدثهم الصادم.
وعندما تستمر الأعراض وتتجمع خلال ستة أشهر بعد الصدمة, يسمى اضطراب مابعد الصدمة الحاد. ويظل فيه القلق في مستوى عالٍ ولا يقل. وتصبح الصدمة هي نقطة التركيز لحياة الضحية.

ومن سمات اضطراب مابعد الصدمة الحاد:
قلق ملح أثناء النهار, وكوابيس وأرق أثناء الليل,والإحساس بالتعب والقلق, ويفقد الفرد كثيراً من مهاراته, وعزلة اجتماعية والرغبة في الانتقام, ووساوس حول الصدمة, ومعتقدات سلبية حول إمكانية المساعدة, وحول الذات, وحول الحياة.
وعندما تستمر الأعراض أكثر من ستة أشهر, فإن اضطراب مابعد الصدمة الحاد يصبح مزمناًَ.

ومن الخصائص الأساسية لاضطراب مابعد الصدمة المزمن:
تركيز الانتباه حول الجسم, وخصوصاً عندما يخبر الطبيب المختص الضحايا أنهم معافون تماماً فإنهم لايقتنعون, ويصبحون فاقدي الأمل في أنهم سيعودون إلى حالتهم التي كانوا عليها قبل الصدمة, والضحايا قد يلجأون للكحول أو المخدرات خلال المرحلة الحادة ليبحثوا عن الخلاص؛ ولكن عندما تتحول الحالة إلى حالة مزمنة, فإن هذه المواد تصبح مشكلة في حد ذاتها , ويتضخم الاكتئاب وتلح فكرة الانتحار على عقولهم.(Andrew E. Slaby, et al., 1989, p.46-48)

أعراض اضطراب ضغوط مابعد الصدمة

ينجم عن الحادث الصدمي علامات Signs وأعراض Symptoms على الفرد الذي تعرض لهذا الحادث, وهي العلامات والأعراض العضوية والانفعالية والمعرفية والسلوكية.

1- العلامات والأعراض العضوية:

العرق الزائد, ونوبات من الدوار, ومعدل زائد لضربات القلب, وارتفاع ضغط الدم, والتنفس السريع.

2- العلامات والأعراض الانفعالية:

الصدمة الانفعالية, والغضب, والأسى, والاكتئاب, والشعور بالقهر.

3- العلامات والأعراض المعرفية:

الاختلاط في التفكير, وصعوبة اتخاذ القرارات, وانخفاض تركيز الأنتباه, وخلل في وظيفة الذاكرة, وانخفاض في كل الوظائف المعرفية العليا.

4- العلامات والأعراض السلوكية:

تغير في أنماط السلوك الاعتيادية, وتغيرات في الأكل, وتدهور الصحة الشخصية, والانسحاب من الآخرين, والصمت الممتد.(Mitchell&Everly, 1985, p.24)

- وهناك علامات مبكرة تظهر بعد الصدمة خلال فترة من أربعة إلى ستة أسابيع بعد الصدمة, وهي:

1- نقص النوم.

2- القفز وزيادة التوتر.

3- كوابيس ليلية.

4- صعوبة تذكر الحادث, وهو نوع من إنكار الحدث.

5- اكتئاب.

وعندما تستمر هذه الأعراض ويصبح الاضطراب مزمناً, يصبح أيضاً من الصعب علاجها.

(Andrew E. Slaby, et al., 1989, p.49, 50)

المحكات التشخيصية للاضطراب

المحكات التشخيصية Diagnostic Criteria هي المعايير المشتملة على الأعراض الأساسية والشروط الواجب توافرها لإطلاق تشخيص (اضطراب ضغوط مابعد الصدمة)PTSD على حالة معينة.

وأول جهة علمية متخصصة حددت هذه المحكات التشخيصية, الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيينAPA التي أصدرت الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III للاضطرابات النفسية عام 1980 وتعديله عام1987, وطبعته الرابعةDSM-IV عام1994.

(أحمد عبد الخالق,1998,ص:182)

أولاً: محكات الدليل الثالث المعدل:

أ- يكون الفرد قد مر بحادث خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية, يسبب الضيق والانزعاج بشكل ملحوظ لكل فرد تقريباً. مثال ذلك: التهديد الخطير لحياة الفرد أو لتكامل جسمه, والتهديد الخطير أو الضرر البليغ لأطفال الشخص أو قرينه, أو أي قريب أو صديق حميم, وكذلك التدمير المفاجئ لمنزل الشخص أو مجتمعه, أو رؤية شخص آخر أصيب إصابة خطيرة أو قتل من جراء حادث أو عنف بدني (في أثناء حدوث ذلك أو حدوثه مؤخراً).

ب- أن يمر الحادث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مداوم بواحد على الأقل من الطرق الآتية:

1- تذكر الحادث المضايق بشكل معاود يقتحم تفكير الفرد (كاللعب التكراري لدى صغار الأطفال بحيث يتم التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها).
2- الحلم بأحلام مزعجة ومكررة عن الحادث.
3- التصرف المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي كما لو كان يعاود الحدوث (ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة, والخداع, والهلاوس, وفترات من استعادة الخبرة السابقة, وحتى تلك التي تحدث عند الاستيقاظ أو في حالات السكر والثمل).
4- الضيق النفسي الشديد عند التعرض لأحداث ترمز لبعض جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه, بما في ذلك الذكرى السنوية للصدمة.

ج- التجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالصدمة أو الخدر (فقد الإحساس) في الاستجابة العامة (بحيث لايوجد ذلك قبل الصدمة), وذلك كما يتضح من ثلاثة جوانب على الأقل مما يلي:

1- جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.
2- جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكريات عن الصدمة.
3- عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة (نساوة Amnesia نفسية).
4- تناقض واضح في الميل إلى الأنشطة المهمة (لدى صغار الأطفال يحدث فقد للمهارات التطورية التي اكتسبها الطفل حديثاً, كالتدريب على الحمام أو مهارات اللغة).
5- الشعور بالانفصال أو النفور من الآخرين.
6- ضيق مدى الوجدان, كأن يصبح الفرد غير قادر على تكوين مشاعر حب.
7- الشعور بأن المستقبل غير رحب, كالطفل الذي لا يتوقع أن تكون له حياة عملية في المستقبل, والزواج والإنجاب, وتكون له حياة ممتدة.

د- أعراض مستمرة لزيادة التنبه (غير موجودة قبل الصدمة), وذلك كما يتضح من عرضين على الأقل مما يلي:
1- صعوبة الاستغراق في النوم أو في البقاء نائماً.
2- التهيج أو انفجارات الغضب.
3- صعوبة التركيز.
4- التيقظ الزائد.
5- استجابة الأجفال (يروع الشخص فجأة) المبالغ فيها.
6- رد الفعل الفيزيولوجي الزائد عند التعرض لأحداث ترمز إلى أحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.

ه- استمرار الاضطراب شهراً واحداً على الأقل, وقد تكون بداية الاضطراب متأخرة إذا تأخر ظهور الأعراض ستة أشهر على الأقل بعد الصدمة.
(أحمد عبد الخالق,1998,ص:183)

نقد محكات الدليل الثالث المعدل:

يطرح فجلي Figley الأسئلة التالية:
1- من بين الناس الذين تعرضوا لحادث صدمي من الناحية النفسية ، مَنْ هم الأفراد الذين سيطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة؟
2- هل تستمر هذه الحالة مدى الحياة أم هي قابلة للشفاء؟
3- من بين الذين سيطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة, كم منهم سيكشف عن ردود فعل فورية في الحال, وكم منهم سيكشف عن ردود فعلهم بعد فترة من الزمن؟
4- هل يمكننا تحديد من لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن يتمارضون؟

ونظراً لهذه المشكلات المشار إليها في المحكات التشخيصية للدليل الإحصائى الثالث المعدل, فقد حدث تعديل وتطوير لها في الدليل الرابع.

ثانياً: محكات الدليل الرابع:

أ- يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي, بحيث يوجد شرطان هما:

1- يكون الشخص قد جرب أو شهد أو واجه حادثاً أو حوادث تضمنت الموت الفعلى, أو التهديدية, أو الإصابة الخطيرة, أو تهديد التكامل العضوي له أو للآخرين.
2- تتضمن استجابة الفرد خوفاً عميقاً وعجزاً أو رعباً.
*ملحوظة: قد يعبر الأطفال بدلاً من ذلك بالسلوك غير المنتظم أو المتهيج.

ب- يعيد الفرد التعبير عن الحادث الصدمي بشكل دائم بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:

1- تذكر الحادث المؤلم بشكل معاود ومقتحم للفكر, ويتضمن ذلك التخيلات (أو الصور العقليةImages), والأفكار, والإدراكات.
*ملحوظة: قد يحدث لدى صغار الأطفال اللعب المتكرر بحيث يتم التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها.
2- أحلام عن الحادث معاودة مؤلمة.
*ملحوظة: قد يحدث لدى الأطفال أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.
3- التصرف أو الشعور كما لو كان الحادث الصدمي يعاود الحدوث (ويتضمن ذلك الإحساس بأن الفرد يعيش الخبرة مرة ثانية, والخداعات, والهلاوس, وفترات من استرجاع الأحداث Flash back المفككة, ويشمل ذلك مايحدث في اليقظة أو في حالة التسمم).
*ملحوظة: في حالة صغار الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل للصدمة بشكل محدد.
4- ألم نفسي عميق عند التعرض لمؤشرات Cues (هاديات) داخلية أو خارجية ترمز لأحداث جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.
5- رد فعل فيزيولوجي عند التعرض لمؤشرات أو هاديات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه.

ج- تجنب دائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة وخدر Numbing للاستجابة العامة (غير موجود قبل الصدمة), كما يظهر من ثلاثة جوانب أو أكثر مما يلي:
1- جهود لتجنب الأفكار, والمشاعر, أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.
2- جهود لتجنب الأنشطة والأماكن, أو الأشخاص الذين يتسببون في تذكر الصدمة.
3- عدم القدرة على استرجاع جانب مهم في الصدمة.
4- تناقص ملحوظ في الميول أو الاهتمامات أو في الاشتراك في الأنشطة المهمة.
5- شعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين أو النفور منهم.
6- مدى ضيق الوجدان (مثال ذلك: عدم القدرة على أن تكون لديه مشاعر الحب).
7- الإحساس بقصور في المستقبل (مثال ذلك: توقع الشخص ألا تكون له مهنة, وألا يتزوج ولا يكون له أطفال, أو ألا يعيش العمر الطبيعي).

د- أعراض دائمة من التنبيه المتزايد (غير موجودة قبل الصدمة), كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:
1- صعوبة الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً.
2- التهيج أو انفجارات الغضب Outbursts.
3- صعوبة التركيز.
4- التيقظ الزائد.
5- استجابة الأجفال Startle المبالغ فيها.

ه- استمرار الاضطراب (الأعراض في المحكات "ب" و"ج" و"د") أكثر من شهر واحد.

و- يتسبب الاضطراب – من الناحية الإكلينيكية- في ألم أو ضيق مرتفع, أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو أي مجال آخر مهم.
- حدد ما إذا كان الاضطراب:
حاداً: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
مزمناً: إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر.
ص- حدد ما إذا كان الاضطراب:
له بداية مؤجلة: إذا بدأت الأعراض بعد ستة أشهر على الأقل من الحادث الصدمي.

التعديلات التي أدخلت في الدليل الرابع:

حدث تغير في المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD في الدليل الرابع بالمقارنة إلى الدليلين: الثالث والثالث المعدل. ونتيجة لذلك, فإن العبارة التي تصف العنصر الضاغط Stressor في المحك (أ) من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ونصها: "خارج مدى الخبرة الإنسانية العادية" قد حذفت حيث كانت غير ثابتة ولايمكن الاعتماد عليها وغير دقيقة (فإن انتشار مثل هذه الضواغط ليس منخفضاً في الجمهور العام). وبدلاً من هذا المحك السابق, فإن المحك "أ-2" في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتطلب أن تكون استجابة الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة درجة عميقة من كل من: الخوف Fear, والعجز Helplessness, أو الرعب Horror.

كما أضيفت في الدليل الرابع فئة مستقلة جديدة تحت اسم "اضطراب الضغوط الحاد" Acute Stress Disorder(ASD) لتصف الأرجاع الحادة للضغوط الشديدة أو المتطرفة؛ أي التي تحدث خلال أربعة أسابيع من حدوث العنصر الضاغط, وتستمر من يومين إلى أربعة أسابيع.

وقد أضيفت هذه الفئة حتى يحدث تواؤم مع التصنيف الدولي العاشر للأمراضICD-10, ولتساعد على التوصل المبكر للحالات, حيث إن اضطراب الضغوط الحاد يمكن أن ينبئ باضطراب الضغوط التالية للصدمة, ويتطور إليه مؤخراً.(أحمد عبد الخالق,1998,ص:184-187)

الاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة

من النادر أن يوجد اضطراب الضغوط وحده, وحتى في العينات المستمدة من المجتمع. وكشف مسح حديث على عينة من المرضي الجنود المحاربين في فيتنام أن أكثر من ثلاثة أرباع هؤلاء المرضى باضطراب الضغوط يحققون محكات تشخيص واحد آخر على الأقل, وأكثر التشخيصات انتشاراً والموجودة مع اضطراب الضغوط في هذه العينات هي:

الاكتئاب الجسيم (26%) وسوء استخدام المواد (73%) واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (31%). وتسمى هذه المسألة بالمرض المصاحب Co morbidity.

(أحمد عبد الخالق,1998,ص:187)

كما ظهرت تشخيصات الاكتئاب الجسيم وسوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه, وسوء استخدام العقار أو الاعتماد عليه والمخاوف لدى المستجيبين من الجمهور العام الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي, كما قورنوا بعينة ضابطة لم يقرر أفرادها تعرضهم للاعتداء الجنسي.

(أحمد عبد الخالق,1998,ص:88)

ويلاحظ أنه من أكثر الاضطرابات والأعراض النفسية والأمراض المصاحبة لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة شيوعاً هي:

الاكتئاب الجسيم Severe Depression – الخوف المرضي Phobia – نوبات الهلع Panic attacks – الاضطراب الجنسي Sexual Dysfunction – الانعزال أكثر وأكثر عن العالم More and More Withdrawal from The World – الهلاوس ومعايشة المواقف السابقة Hallucinations and Vivid Flash backs – استخدام الكحول والمخدرات Drug Abuse and Alcoholism – سلوك مضاد للمجتمع Antisocial Behavior- الانهيار العقلي الذي يقود إلى المستشفى Mental Breakdowns – محاولة الانتحار Suicide.

(Andrew E.Slaby, et al., 1989, p.50-54)

تفسير اضطراب ضغوط مابعد الصدمة

أولاً: التفسير المعرفي:

ينجم عن الحادث الصدمي Traumatic event آثار مختلفة نفسية وجسمية ومعرفية Cognitive, ويحدث تغير معرفي أساسي لدى الفرد المصدوم. وهذا التغير المعرفي الذي نفترض حدوثه في عقل

الإنسان متصل بما يمكن أن نسميه: فساد الاعتقاد أو دحض الفروض, أو هدم المسلمات, أو شرخ الافتراضات, أو إفلاس البديهيات.(أحمد عبد الخالق,1998,ص:111)
وفيما يلي نعرض تفسير حدوث هذا الاضطراب من الناحية المعرفية.

المخطط المعرفي

يشير مصطلح معرفي Cognitive إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير, ويشتمل السلوك المعرفي Cognitive behavior على الأفكار والمعتقدات, والتي يظل لكثير منها خصوصية ذاتية, واتساقاً مع ذلك يرى المعرفيون أن اضطراب السلوك راجع إلى افتراضات خاطئة أو عمليات فكرية غير صائبة.
ويرى آرون بيك Beck أن الأشكال الثلاثة للتفكير السلبي جوانب محددة في كل من: خبرات الفرد, وفكرته عن نفسه, ووجهة نظره إلى المستقبل. وتسمى هذه الجوانب المثلث المعرفي Cognitive triad.
والخطط كذلك نوع من الخريطة العقلية Mental Map أو التركيب العقلي الذي ينظم المعلومات عن العالم, ويتكون من مجموعة من خصائص المنبهات المختزنة في الذاكرة أو تمثيل مجرد للأحداث والموضوعات والعلاقات في الحياة الواقعية, ولقد برهنت البحوث النفسية على أهمية العمليات المعرفية في كل من حالات الصحة والمرض, كما دللت على أن المخطط المعرفي له دور كبير في سلوك الإنسان. ويرتبط المخطط بعالم نفترضه, وهذا العالم من صنعنا.
(أحمد عبد الخالق,1998,ص:111-113)

الافتراضات الأساسية

يبدو أنه تتاح لدى كثير منا افتراضات أساسية ثلاثة, نعمل على هديها, ويمكن أن توجه سلوكنا. وهذه الافتراضات كما يلي:

1- العالم خير ومجبول على حب الخير Benevolence.
2- العالم له معنى وأحداثه ذات مغزى Meaning.
3- الذات إيجابية وجديرة بالتقدير Self-worth.

واعتماداً على هذه الافتراضات الأساسية الثلاثة؛ فإننا نعتقد أننا أناس طيبون, نعيش في عالم له معنى. وتتعايش هذه الافتراضات الإيجابية الثلاثة كلها في القلب من عالمنا الافتراضي. وهي ليست اعتقادات ضيقة, ولكنها مفاهيم عريضة مجردة, ذات قوة انفعالية أيضاً.
(Janoff, Bulman.R, 1992, P.6-12)

الأزمات ودحض الفروض

الحق أنه لاتسير الرياح دائماً كما تشتهي السفن, ذلك أن الإنسان يواجه من المشكلات والصدمات والإحباطات مايدحض هذه الافتراضات, ويبرهن على فساد هذه الاعتقادات ويؤكد للإنسان في حالات كثيرة صدق عكس هذه المسلمات. ولابد أن يكون هدم هذه الافتراضات وبعثرة هذه المسلمات ناجماً عن أسباب وجيهة ومسوغات واضحة.
ويلاحظ أن بعض الحوادث البسيطة تهز الافتراضات الأساسية لدينا, وتمسها مساً خفيفاً, ولكنها ماتفتأ حتى تعود إلى سابق العهد, على حين أن بعض الحوادث الأخرى العنيفة التي تواجهنا تزلزل هذه الافتراضات, وقد تهدمها من أساسها.(أحمد عبد الخالق، 1998,ص:117,118)

ولذا فإن من أهم نتائج الصدمة الاعتقاد بأن العالم خطر وبأنه مهدد وغير آمن, وتناقص الجدارة الشخصية, ونقص في توقير الشخص لنفسه, فضلاً عن مشاعر القلق والخوف, والاستجابات الفيزيولوجية المرتفعة والتنبه الزائد.(Janoff, Bulman.R, 1998, p.63-65)

وتشعر الضحية عادة بعد الحادث الصدمي بشعور عميق بالقابلية للجرح Vulnerability وبأنها معرضة للهجوم وأنها غير محصنة, فهي تشعر وتخبر إحساساً بفقد الأمان ونقص السلامة.

وتتوافر أدلة متعددة على أن الضحايا بوجه عام يخبرون تناقصاً شديداً في شعورهم بقيمتهم وجدارتهم الشخصية Self-worth, إنهم يدركون أنفسهم على أنهم اختيروا وحدهم ليقع عليهم سوء الحظ فيحالفهم, ويؤدي بهم ذلك إلى إدراك أنفسهم على أن لديهم انحرافاً أو وصمة عار Stigma مع ما يصاحب ذلك من مشاعر العجز واليأس وقلة الحيلة والضعف والإحساس بالفقد, بما يترتب على ذلك من شعور بالضعة والخجل وفقد احترام الذات.

ويلاحظ أن مصطلح (الضحية) لاينطبق إلا على من تعرض لضغوط شديدة (خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية وتسببت في قدر كبير من الضيق والخوف والألم) نجم عنها إصابته باضطراب نفسي محدد هو اضطراب ضغوط مابعد الصدمة.
وفيما يختص بالضحية فإن تأثير الصدمة لايتوقف بانتهاء الصدمة, بل إنها تترك جراحاً لاتتندمل بسرعة, تتطلب جهداً كبيراً ليعود الفرد إلى سابق عهده ذلك أن الإصابة تلحق بالعالم الداخلي للضحية.
والسؤال الشائع لدى الضحايا بعد الصدمة هو: لماذا أكون أنا الضحية؟ ولايكون السؤال: لماذا يكون هناك حوادث خطيرة أو كوارث شخصية من أي نوع؟ بل يكون السؤال بالأحرى: لماذا تحدث مثل هذه الحوادث السلبية جداً لي أنا؟

وبالنظر إلى ماقدّم من أفكار ترتبط بكون الحادث الصدمي الذي ينتج عنه اضطراب الضغوط التالية للصدمة, يترتب عليه ما أسميناه بفساد الاعتقاد وهدم الفروض لدى الضحية.
(أحمد عبد الخالق,1998,   ص:120-123)

ثانياً: التفسير السيكولوجي:
لقد كرس الباحثون في هذا المجال جهودهم لوضع نماذج لتفسير حدوث اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, وقدمت نماذج سيكولوجية متعددة لتفسير أسباب هذا الاضطراب.
(أحمد عبد الخالق,1998,ص:163)
وسنعرض في الفقرة التالية لبعض هذه النماذج؛ وذلك على النحو التالي:

- الأشراط التقليدي:
استخدم الأشراط التقليدي Classical Conditioning –وهو نظرية بافلوف في التعلم الشرطي- لتفسير تطور اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وبيان كيفية عمل الصدمة وذلك على النحو التالي:
بما أن الحادث الصدمي ينجم عنه هذا الاضطراب فقد اعتقد باحثون كثيرون أن الأشراط التقليدي متضمن في هذا الاضطراب, ويعد مفسراً له. كما اتضح أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب يكشفون غالباً عن استجابات معينة (بالخوف عادة) لمنبهات كانت موجودة إبان الصدمة (كالظلام, والوقت المحدد من اليوم, ورائحة البنزين وصوت المحرك,..........).(Sue, et al., 1990, p.170)
واعتماداً على نظرية بافلوف في الأشراط التقليدي؛ ينظر إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه منبهات مرتبطة بصدمة عنيفة (المنبه غير الشرطي) تثير استجابات الضغوط, والأخيرة جزء من الصدمة الأصلية, وكلما كانت الصدمة عنيفة كان احتمال الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة أكبر, وفضلاً عن ذلك, فإن
التعرض المتكرر للمنبهات المرتبطة بالصدمة في الشهور التالية يقلل من الضيق, وذلك كما نتوقع تماماً من انطفاء الاستجابة الشرطية.
والانطفاء في علم النفس الإكلينيكي بوجه عام هو الشفاء.

- نظرية العاملين (مورار):

يعد هذا النموذج من أهم النماذج السيكولوجية التي تستوعب الحقائق المتاحة في هذا المجال, وهو نموذج مورار Mowrer الذي وضع نظرية من عاملين, استخدمهما الباحثون في تصور أسباب الاضطراب وأعراضه, وتبعاً لنموذج التعلم هذا؛ فإن الإشرط التقليدي والوسيلي يؤثران في تجنب الأشراط, والعامل الأول في هذه النظرية هو الأشراط التقليدي لاستجابة الخوف, حيث يزاوج أو يقرن منبهاً كان محايداً فيما مضى بمنبه غير شرطي UCS مزعج أو مضايق, وينجم عن ذلك استجابة خوف غير شرطية UCR, ومن ثم فإن المنبه المحايد يصبح منبهاً شرطياً CS ويثير الاستجابة الشرطية CR للخوف.

ومن خلال عملية الأشراط من الرتبة الأرقي وتعميم المنبه يمكن أن تعزى استجابة الخوف الشرطية إلى منبهات محايدة إضافية يتم التزاوج بينها أو قرنها والاستجابة الشرطية, أو تعمم إلى منبهات مشابهة للمنبه الشرطي.

والعامل الثاني في هذه النظرية ثنائية العوامل يشير إلى التعلم الوسيلي Instrumental لاستجابات التجنب Avoidance وذلك للهرب من الخوف الذي يثيره المنبه الشرطى أو للتقليل منه, ومادام الهرب أو تجنب المنبه الشرطي قد تم تعلمه فإن سلوك التجنب يتم تدعيمه بشكل سلبي نتيجة لخفضه لاستجابة القلق, وقد استخدم بعض الباحثين هذه النظرية لتفسير أسباب اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, وبخاصة بعد الحرب والاغتصاب.

- نظرية (فو, وكوزاك):

افترض كل من "فو, وكوزاك" Foa & Kozak عام1986 نموذجاً معرفياً سلوكياً يفسر اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, متضمناً عنصر المعنى Meaning في الحادث الصدمي. ويستخدم هذا النموذج مفهوم "تراكيب الخوف Fear Structures" الذي وضعه لانج Lang, حيث افترض أن الشبكة المعرفية لتراكيب الخوف تشتمل على ثلاثة عناصر أساسية, كما يلي:

1-معلومات عن موقف المنبه.

2-معلومات عن الاستجابات الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية للمنبه.

3-معنى الرابطة بين المنبه والاستجابة.(أحمد محمد عبد الخالق,1998,ص:164-166)

- نموذج آل "سو" متعدد العوامل:

ينقد آل "سو" نموذج الأشراط التقليدي بوصفه تفسيراً لحدوث الاضطراب؛ فقد ظهر أن من بين العوامل الأخرى التي تؤثر في نشأة هذا الاضطراب وتطويره مايلي:

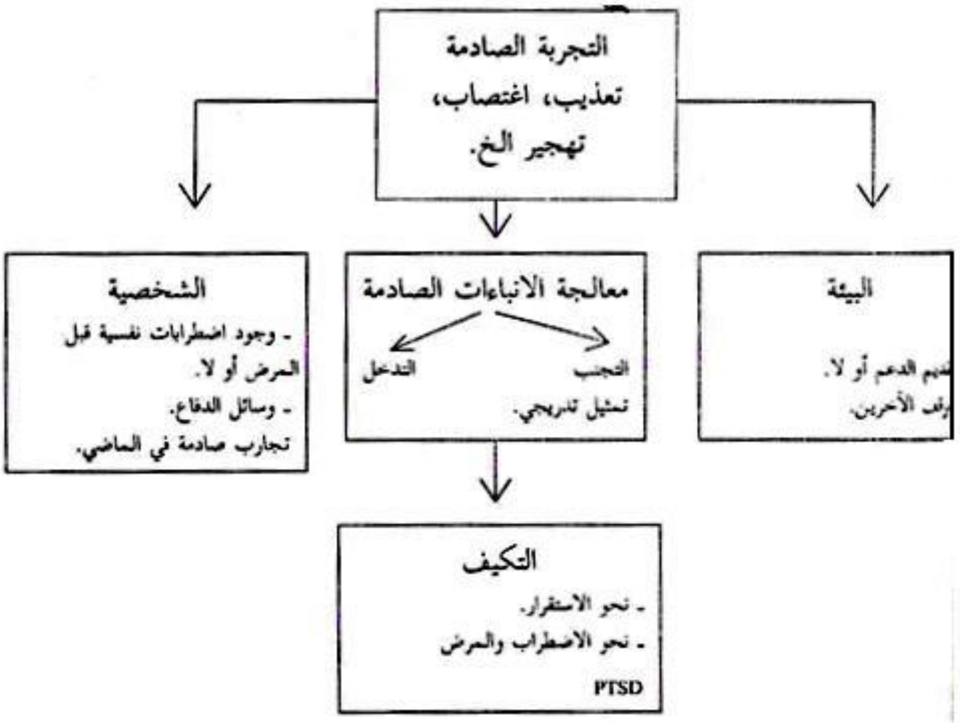
1- الخصال الشخصية لدى الفرد.
2- إدراكه الشخصي للحادث.
3- وجود جماعات مساندة له.
4- عنف الصدمة وشدتها.

وتبعاً لهذا النموذج, فإن درجة الصدمة أو عنفها متغير واحد في نشأة اضطراب الضغوط التالية للصدمة, ولكن أساليب المواجهة Coping Styles الذاتية لدى الفرد والبيئة المساندة التي تساعده على الشفاء يمكن أن تقلل من الآثار السيئة للصدمة. (Sue, et al., 1990, p.170)

- نموذج (جرين, ويلسون, وليندي):

حاول كل من Green, Wilson, and Lindey,1985 أن يضعوا نموذجاً نفسياً واجتماعياً لتفسير اضطراب مابعد الصدمة, وهم يعتقدون أن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها, ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة.

ويعطي الرسم التالي صورة ملخصة عن النموذج السيكولوجي:



شكل رقم(5)

النموذج السيكولوجي

نقلاً عن:(غسان يعقوب,1999,ص:73)

ولقد أوضحت الدراسات السابقة أن هناك عوامل مهيئة لظهور الاضطراب, وهي:

1- المستويات المرتفعة من الضغوط أو التعرض لها.
2- الخلل في الشخصية أو الاضطراب الانفعالي الموجود سلفاً.
3- وجود التاريخ الأسري للاضطراب الطبي النفسي.
4- الأسلوب غير الناجح في مواجهة الصدمة.
5- نقص المساندة الاجتماعية. (أحمد عبد الخالق,1998,ص:152)

كما أوضح جرين أن عوامل الخطورة التي تزيد من احتمالات حدوث اضطرابات ضغوط مابعد الصدمة هي:

1- شدة الحادث الصدمي وعنفه وطول فترة التعرض له.
2- التعليم المنخفض.
3- المشكلات السلوكية في الطفولة.
4- التاريخ الأسري المتعلق بسوء استخدام المواد.
5- التاريخ الأسري للاضطراب النفسي.
6- معدل العصابية.
7- معدل الاكتئاب سابقاً.
8- معدل القلق قبل الحادث.

9- جنس المفحوص: النساء أكثر قابلية لتطوير الاضطراب.
10-الخبرات الصدمية السابقة.
11-العمر: العلاقة منحنية تشير إلى أن الخطورة الأكبر لدى متوسطي العمر.
(أحمد عبد الخالق،1998,ص:156,155)

ثالثاً: التفسير البيولوجي:

وجه مزيد من الاهتمام للجوانب البيولوجية في اضطراب ضغوط مابعد الصدمة, وتشير الدراسات إلى أن مختلف الأجهزة البيولوجية تتأثر بهذا الاضطراب, ومثال ذلك: الجهاز العصبي المركزي, والجهاز العصبي الطرفي السمبثاوي, والمحور الذي يشمل ماتحت المهاد والغدة النخامية والغدة الكظرية, وجهاز التثبيط ودورة النوم اليومية.......وغير ذلك.
وافترض بعض الباحثين أن للعوامل البيولوجية (وبخاصة الفيزيولوجية) دوراً كبيراً في الاستجابة للصدمة, حتى إن بعضهم افترض وجود مركز للصدمة في المخ Brain Trauma Center.
(Janoff, Bulman, 1992, p67)
ويرى بعض الباحثين أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة زملة Syndrome إكلينيكية حقيقية وخطيرة.
ومن هذه التغيرات الفيزيولوجية التي تكون مرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة:
1- تنبه الجهاز العصبي السمبثاوي:
أ- ارتفاع المؤشرات السمبثاوية القاعدية.
ب- الاستجابة المفرطة للمنبهات المحايدة.
ج- الاستجابة المفرطة للمنبهات التي تشبه الصدمة.

2- زيادة منعكس الأجفال:
أ- العتبة المنخفضة للإحساس.
ب- زيادة المدى أو السعة في منعكس الأجفال.

3- نمط منخفض من إثارة الجهد اللحائي في الاستجابة للمنبهات المحايدة.

4- شذوذ في فيزيولوجية النوم (بدء النوم والمحافظة عليه):
أ- زيادة فترة الكمون في النوم (من الاستلقاء على السرير حتى الاستغراق في النوم) وزيادة حركات الجسم, وزيادة عدد مرات الاستيقاظ.
ب- تناقص الزمن الكلي للنوم, وتناقص كفاءة النوم.
ج- اضطرابات في نمط النوم.
د- كوابيس صدمية, تعد فريدة من نوعها, ومختلفة عن الأنواع الأخرى من الكوابيس.
(Meichenbaum, 1994, p.40)

تشخيص اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وقياسه

إلى جانب معايير التشخيص التي حددتهما جمعية الطب النفسي الأمريكية, هناك وسائل متعددة للتقويم يلجأ إليها المعالج النفسي لدراسة نتائج الصدمة, وذلك من خلال بعض الاختبارات المتخصصة.

أولاً: الاختبارات التقليدية:

ويدخل فيها كل من اختبار وكسلر وروشاخ واختبار مينسوتا المتعدد الأوجهMMPI.
فلقد بين بيلي Bailey,1985 أن الأشخاص المصدومين PTSD يحصلون على درجات منخفضة في اختبار الأرقام (إعادة الأرقام) وهم يعطون أربعة أجوبة مميزة في اختبار رورشاخ:

ارتفاع عدد أجوبة اللونC- ارتفاع عدد أجوبة اللون – الشكل(CF), انخفاض أو غياب أجوبة الحركة(M,K) خاصة الحركة الإنسانية, ارتفاع عدد أجوبة التشريح(AT).بالأضافة إلى ذلك, هناك ارتفاع في عدد الأجوبة المتعلقة بالأشياء الميتة أو الجامدة (دون حركة, جثث, قتلى).
ويعتقد الباحثون أن تطبيق الرورشاخ يكون مفيداً جداً في عمليات التشخيص وبالأخص عندما تكون استجابات الشخص الانفعالية فاترة أو مكبوتة ولم تظهر بشكل دال في الاختبارات الأخرى.
(Bailey.J., 1985, p.881-883)
أما بالنسبة لاختبار مينسوتا؛ فلقد وجد الباحثون Kean et al.,1983-1987 أن درجات الشخص المصاب باضطراب ضغوط مابعد الصدمة تكون مرتفعة في سلم F وباقي السلالم الإكلينيكية ماعدا سلمMF (الذكورة- الأنوثة) وسلم K.
وفي عام 1984, ظهر اختبار فرعي وضعه كين وزملاؤه يختص بقياس اضطراب مابعد الصدمة, وهو تابع لاختبار مينسوتا Subscale PTSD. ويضم الاختبار 49 سؤالاً يتناول المظاهر المختلفة لاضطراب مابعد الصدمة حسب معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية. ولقد تبين من خلال الأبحاث أن الاختبار قادر على تشخيص اضطراب مابعد الصدمة بنسبة تتراوح مابين 82-87% وهو يستطيع أيضاً أن يميز بدقة بين الأشخاص المصابين بالاضطراب والذين يتظاهرون بالمرض.
(Kean.T., 1984, p.888-889)

ثانياً: الاختبارات والاستبيانات:

وأهم هذه الاختبارات:

- اختبار VESI:

هذا الاختبار مخصص لدراسة الضغوط عند الجنود الأمريكيين الذين اشتركوا في حرب فيتنام. وقد وضعه Wilson, Kraussعام1981 ويعرف باسم Vietnam Era Stress Inventory, ولقد تبين أن هذا الاختبار مفيد جداً في تشخيص وقياس اضطراب مابعد الصدمة عند الجنود بطريقة مشابهة لاختبار الصدمة الفرعي التابع لاختبارMMPI. ومن الصفات التي يقيسها اختبار VESI: الشعور بالذنب والاكتئاب, والأفكار الدخيلة, والخوف من فقدان السيطرة على النفس, والاهتياج, واضطراب الجهاز العصبي المستقل, ومما يتبع ذلك من اضطراب في النوم والذاكرة والسلوك.

- اختبار SCID:

قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بوضع هذا الاختبار Structured Clinical Interview ROR DSM لقياس اضطراب مابعد الصدمة انسجاماً مع المعايير التي جاءت بها.
وهذا الاختبار عبارة عن مقابلة إكلينيكية مقننة, ويضم 19 سؤالاً ويشمل مختلف أوجه اضطراب مابعد الصدمة. وقد قام Spitzer ومعاونوه بوضع هذا الاختبار منذ عام 1985, وقد خضع لعدة تعديلات, آخرها عام1990.

- سلم ميسيسيبي Mississipi:

في عام 1988وضع كين وزملاؤه اختبار ميسيسيبي لقياس اضطراب مابعد الصدمة عند المقاتلين في فيتنام. وهناك شكل آخر للاختبار يمكن تطبيقه على المدنيين.
ويضم الاختبار 35 سؤالاً مستمدة من معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية.

- اختبار TCIS:

في عام 1990 وضع Dansky وزملاؤه اختباراً لقياس اضطراب مابعد الصدمة أطلقوا عليه عبارة مقياس تحديد حجم الصدمةTrauma Constellation Identification Scale. ويذكر الباحثون أن

هذا الاختبار هو جديد من حيث إنه يقيس الاستجابات المعرفية والانفعالية بطريقة دقيقة بخلاف الاختبارات الأخرى التي تركز على العوارض.
ويضم الاختبار 30 سؤالاً وتتناول عدة بنود من الأفكار والانفعالات والمشاعر (مثل نظرة الشخص إلى ذاته والعالم والآخرين, والشعور بالذنب, والعزلة, واليأس, والغضب, والخوف,..............الخ).
ولاشك أن هذا الاختبار مفيد جداً في جلسات العلاج النفسي في حال المصابين باضطراب مابعد الصدمة.

- اختبار مؤشر الاستجابة للأطفال PTSD-RI:

إن اختبار مؤشر الاستجابة Reaction-Index يقيس خصيصاً اضطراب مابعد الصدمة عند الأطفال, وهو من أفضل الاختبارات المتوفرة حتى الآن. ولقد وضع هذا الاختبار كل من Frederic و Pynoos و Nader عام 1989 وتعتمد أسئلة الاختبار على معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-III-R).
ويضم الاختبار 20 سؤالاً, وهناك خمسة احتمالات لكل جواب و على الطفل أن يحدد الاحتمال المناسب بالتعاون مع الفاحص (أبداً, قليلاً, أحياناً, كثيراً, كثيراً جداً). ويمكن تطبيق الاختبار على أطفال المرحلة الابتدائية؛ أي الذين تتراوح أعمارهم مابين 5 و 13 سنة والذين سبق لهم أن تعرضوا لصدمة أو لنكبة. (غسان يعقوب, 1999,ص:86-90).

- المقابلة الدولية للتشخيص CIDI:

في عام 1988 وضع Robins وزملاؤه اختباراً لتقويم اضطراب مابعد الصدمة وتشخيصه. وهذا الاختبار يحمل اسم: Composite International Diagnostic Inventory.
إن هذا الاختبار سهل التطبيق ويمكن لغير الاختصاصيين أن يستخدموه لأن الترقيم والتصحيح يتم عن طريق الكمبيوتر. وقد تبنت منظمة الصحة العالمية هذا الاختبار نظراً لسهولة تطبيقه وتلاؤمه مع مختلف المجتمعات.(Robins et al., 1988, p.69-77)

- اختبار تأثير الحدث IES:

يعد هذا الاختبار من الاختبارات الأولى التي تم وضعها لدراسة اضطراب مابعد الصدمة. ولايزال هذا الاختبار محتفظاً بقيمته العلمية حتى يومنا هذا. وكثير من الباحثين يستخدمونه في مراقبة حالة المريض من خلال الجلسات النفسية العلاجية, كما إنه يمكن استخدامه في الأبحاث الميدانية المتعلقة بالصدمات والكوارث.
ولقد وضع هذا الاختبار Horowitz,1979 وأطلق عليه عبارة سلم تأثير الحدث Impact of Event Scale ويركز هذا الاختبار على قياس مظهرين أساسيين للصدمة: الأفكار الدخيلة Intrusion والتجنب Avoidance.
ويضم الاختبار 15 سؤالاً (7 أسئلة مخصصة للأفكار الدخيلة و8 أسئلة أخرى لمسألة التجنب). وهناك أربعة احتمالات للإجابة: أبداً, نادراً, أحياناً, غالباً, وتقابلها الدرجات التالية: صفر-1-3-5. (غسان يعقوب,1999, ص:94,93)

علاج اضطراب ضغوط مابعد الصدمة

الهدف الأساسي من علاج اضطراب ضغوط مابعد الصدمة هو التخفيف من سلوك التجنب والأفكار الدخيلة وتحقيق المزيد من الاسترخاء الجسدي والنفسي. وجدير بالذكر أن دور البيئة مهم جداً في مساعدة المريض حتى يستعيد اعتباره لنفسه ويتمكن من تحقيق تكيف أفضل.
(غسان يعقوب,1999,ص:132)
ويمكن علاج الاضطراب من خلال عدة مجالات تتعاون فيما بينها ؛ وهي:

أولاً: العلاج الطبي:

يبدو أن مضادات الاكتئاب والمهدئات العصبية Benzodiazepines وملح الليثيوم والكلونيدين تعطي نتائج إيجابية في علاج اضطراب مابعد الصدمة, غير أن العلاج الطبي لايكفي وحده ولابد من اقترانه بالعلاج النفسي. (Friedman.M, 1988, p.281-285)

ثانياً: العلاج السلوكي-المعرفي:

هناك طرائق وتقنيات متعددة لعلاج اضطراب مابعد الصدمة, ويبقى العلاج السلوكي فعالاً في معالجة عدد من الاضطرابات النفسية بما في ذلك اضطراب مابعد الصدمة. وهنا نستعرض أربع تقنيات من العلاج السلوكي المعرفي:

1- الإغراق والتعرض:

في الإغراق يعيش المريض الصدمة من جديد ولكن في مكان آمن (غرفة المعالج), الأمر الذي يساعده على احتمال الضغوط. ويطبق الإغراق عادة عن طريق التخيل ومن الأفضل عدم تطبيق هذه الطريقة على الأشخاص الذين يعانون من آفات قلبية أو الذين لايتجاوبون مع هذه الطريقة.

2- الاستعادة المعرفية:

يمكن استخدام هذه الطريقة مع الناجين من التعذيب والحروب. ويبدو أن الحالة النفسية لهؤلاء الناجين تقف عائقاً أمام التفكير المنطقي ولاتمكنهم من إدراك العوامل الخارجية (حقيقة التهديد والخطر) والعوامل الداخلية (مثل مهارات التعامل).

ويمكن تطبيق الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين:

- الشرط الأول يقضي بتصحيح معنى السببية وتوزيع المسؤولية؛ فالمريض يعتقد أنه هو المسؤول الوحيد عن كل ماحدث من آلام لسواه (أقرباء, وأصدقاء). وهنا يجب توزيع المسؤولية على الأشخاص المتسببين فيما حدث.
- الشرط الثاني يقضي باستخدام الاستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي وبشكل مستقل بحيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظرته إلى نفسه وإلى العالم والمستقبل.

3- تخفيض الحساسية:

هذه الطريقة فعالة لمعالجة القلق الناجم عن أسباب مختلفة.

وتقضي هذه الطريقة بتعريض المريض للمنبه المؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هو الحال في الإغراق. ويمكن تطبيق هذه الطريقة على الذين يعانون من اضطراب مابعد الصدمة.

4- طريقة التعامل مع الضغوط:

وضع Meichenbaum,1985 طريقة عملية للتعامل مع الضغوط, وترمي هذه الطريقة إلى تعلم وتنمية مهارات التعامل مع الضغوط الإجهادية والقلق. وتتركز فكرة الباحث على أن الشخص الذي يتدرب على مواجهة الضغوط ذات الدرجة المتوسطة سوف يصبح قادراً أكثر على التعامل مع الضغوط الصعبة, ومن هنا تبدو أهمية هذه الطريقة في معالجة الضغوط النفسية بما في ذلك اضطراب مابعد الصدمة والغضب والألم والقلق. ويحدد الباحث ثلاث مراحل للتدريب على التعامل مع الضغوط: المرحلة التثقيفية, ومرحلة تدريب الشخص على استخدام بعض التقنيات المعرفية والسلوكية للسيطرة على الضغوط؛ أما المرحلة الثالثة فهي تقتضي بتعريض الشخص إلى مجموعة من المواقف الضاغطة لإجراء التدريب اللازم وتطبيق التقنيات والمهارات التي تم تعلمها في المراحل السابقة.

ثالثاً: العلاج الجماعي:

إذا كان العلاج النفسي الفردي هو الأكثر استعمالاً في معالجة اضطراب مابعد الصدمة, فهذا لايعني أن تقنيات العلاج الجماعي لاتفيد؛ فيعتقد قسم من الباحثين والمعالجين بأن العلاج الجماعي مفيد في حالات اضطراب مابعد الصدمة.

وبالأخص في الحالات التي يفشل فيها العلاج الفردي؛ إذ عندما يرى المريض أشخاصاً آخرين يعانون من المشكلة نفسها فإن المقاومة تنخفض لديه ويصبح أكثر انفتاحاً وتعاوناً.

وإذا تمكن الشخص من وصف الصدمة بشكل عادي دون بكاء وانفعال شديد, فهذا مؤشر إيجابي لفعالية العلاج وإمكانية التحسن. (غسان يعقوب,1999,ص:134-146)

رابعاً: العلاج العائلي البيئي:

إن المصاب باضطراب مابعد الصدمة يعاني غالباً من إشكالات علائقية مع أفراد العائلة الذين يجدون أنفسهم في مأزق بحيث لايعرفون كيف يتصرفون.

وقد تبين أن سلوك الجنود الناجين من حرب فيتنام يتصف بالعدوانية والحذر والتوتر والانسحاب الاجتماعي؛ الأمر الذي يؤدي إلى خلق عدوى نفسية داخل العائلة. وهكذا تصبح حياة الأسرة في العائلة صعبة للغاية ومشحونة بالتوتر والخوف والحذر. وهذا يستدعي بطبيعة الحال اعتماد العلاج العائلي باعتباره طريقة مساندة لباقي التقنيات العلاجية, لأنه لايمكن أن نفصل المريض عن وسطه المعاش, بل لايمكن أن تفصل المريض عن وسطه المعاش, لأنه من المفيد جداً أن يشترك أفراد العائلة في عملية العلاج والتأهيل, فليس المطلوب الابتعاد والهروب بل الدعم ومواجهة المشكلة القائمة حيث إن الشخص المصدوم يكون بحاجة إلى من يصغي إليه ويشاطره همومه ومخاوفه ويقدم له الدعم حتى يستعيد ثقته بنفسه وبالآخرين. (Figley.C., 1988, P.715-723)

تعقيب على محور اضطراب ضغوط مابعد الصدمة

من خلال عرض الإطار النظري لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة, يمكننا أن نتوصل إلى:

- اضطراب ضغوط مابعد الصدمة يمكن أن يحدث في أي سن, وليس له عمر معين.
- يمكن أن يحدث اضطراب ضغوط مابعد الصدمة نتيجة لفقد أحد أفراد الأسرة, أو إصابته بمرض خطير.
- لايحدث هذا الاضطراب لكل من يتعرض إلى صدمة قوية؛ بل هناك بعض الشخصيات الهشة انفعالياً, وغير القادرة على تحمل الأزمات والصدمات (غير ناضجة وجدانياً) هي التي تقع فريسة لهذا الاضطراب عند تعرضها لصدمة قوية.
- تتفق الباحثة مع كل من جرين 1995 وأحمد عبد الخالق 1998, في أن النساء هن الأكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب؛ وذلك لزيادة معدل العصابية لديهن, ونقص النضج الانفعالي بالمقارنة بالرجال.

وهذه الاستنتاجات هى التي تعتمد عليها الباحثة في بناء فروض الدراسة.

ثالثا: التوحد Autism

في هذا الجزء من الفصل تتعرض الباحثة للمتغير التصنيفي في هذا البحث, والذي تم تثبيته لدى جميع أفراد العينة؛ وهو التوحد, من خلال عرض بعض النقاط المهمة, هي:
تحديد مفهوم التوحد, وتشخيص التوحد وأعراضه, والتشخيص الفارق بين التوحد وبين بعض الاضطرابات الأخرى, وأسباب التوحد, والنظريات المفسرة له, والأساليب العلاجية, ودور المراكز المتخصصة, وكذلك دور الآباء والأمهات في العلاج؛ ونشيرهنا إلى ضرورة الإرشاد النفسي للأسرة ودور المرشد النفسي.
والآن وبعد أن استعرضنا النقاط المهمة في هذا الجانب نقوم بتفصيلها على النحو التالي:

تعريف التوحد

يلاحظ أن البحث عن تعريف محدد للتوحد سيكون صعباً. وسنعرض بعض التعريفات المهمة له, وهي:
- يطلق أحمد عكاشة على إعاقة التوحد اسم الذاتوية الطفولية. ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده:
1- نمو أو ارتقاء مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.
2- نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الثلاثة الآتية:
أ) التفاعل الاجتماعي.
ب) التواصل والسلوك.
ج) وجود مشكلات أخرى متعددة؛ مثل: الرهاب, واضطرابات النوم والأكل, ونوبات الهياج, والعدوان نحو الذات.

- ويطلق عبد المنعم الحفني على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات, ويقرر أنه مصطلح أدخله بولر ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام. والانشغال بالذات – من وجهة نظره- هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة. أما الطفل التوحدي؛ فهو طفل منسحب بشكل متطرف.

- ويتفق بوير Bauer مع التعريف الذي ساقه فريث Frith, أن التوحد هو أحد الأشكال الحادة جداً والشديدة ضمن مجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها الاضطرابات النمائية المنتشرة Pervasive Developmental Disorders وتتميز بأن المصابين بها يعانون من أوجه قصور في الصلات الاجتماعية, ومهارات التواصل, وبوجود أنشطة غير سوية, واهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية, والسلوكيات النمطية والضعف في مهارات اللعب.

-ويعرف ماجد عمارة التوحد بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين, أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم, ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري, وتتميز لغته بالاضطراب الشديد؛ فيغلب عليها الترديد والتكرار لما يقوله الآخرون أو الاجترار. والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطي, وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها, ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.
(عبد الرحمن سليمان,2001,ص:16-27)

تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للتوحد:

من أكثر التعريفات اتساعاً واستخداماً للتوحد هو الذي قدم في الدليل التشخيصي الأحصائي الرابع DSM IV والذي استخدم إلى حد كبير باعتباره دليلاً أدائياً أكلينيكياً, ويصنف التوحد كاضطراب نمو

منتشر. وفي هذا التصنيف يعرف الأطفال والشباب التوحديون بأن لديهم اضطرابات نمائية منتشرة تتشكل بواسطة تلف مكتسح ومنتشر وحاد في نواحٍ متعددة من النمو؛ مثل: مهارات التفاعل الاجتماعي المتبادل, مهارات الاتصال, وجود النمطية في السلوك, والاهتمامات والأنشطة.
مثل هذه الأنماط السلوكية تتضح في الأيام القليلة الأولى من الحياة, وتصبح خللاً نسبياً واضحاً في العمر العقلي أو مستوى النمو.

والتقسيم الفرعي للاضرابات النمائية المنتشرة Pervasive Developmental Disorders يشتمل على: التوحد Autism, اضطراب الطفولة التفككي (التحللي) Childhood Disintegrative Disorder, زملة ريت Rett Syndrome, زملة أسبيرجر Asperger Syndrome, واضطرابات النمو المنتشرة غير المحددة أو موضوعة تحت أي قسم.
(R.L.Simpson&B.S.Myles, 1998, p.2, 3)

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

يلاحظ أن أساس التصور والتعريفات طور في الأصل بواسطة ريتفو وفريمان Ritvo&Freeman,1978, والجمعية الأمريكية للتوحد عام1995. وهذه التعريفات هي الأكثر اتفاقاً مع المقياس المستخدم في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM IV وكذلك ملاحظات كانر Kanner,1943.
فالتوحد هو عجز عنيف غير مقبول في النمو على مدى الحياة, والذي يظهر كاملاً خلال أول 3سنوات في حياة الفرد, نتيجة للاضطراب العصبي الذي يؤثر على وظيفة المخ, وتحدث أعراض التوحد السلوكية تقريباً لدى 15 من كل 10.000مولود. ويلاحظ أن التوحد أكثر شيوعاً في البنين عنه في البنات (بنسبة1:4), ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم في عائلات من كل الخلفيات العرقية والدينية والاجتماعية, ولاتوجد عوامل معروفة في البيئة النفسية للطفل تبدو أنها سبب للتوحد.
(R.L.Simpson&B.S.Myles, 1998, p.6)

تشخيص التوحد

لقد وجد كل من لورنا وينج وجودى جولد أنه حتى خلال الأفراد الذين يعانون من صعوبات في النمو كانت هناك ملامح متجمعة والتي تحدد مقياساً تشخيصياً للتوحد, والتي يشار إليها بشيوع على أنها ثلاثية وينج لاضطراب التوحد؛ وهي:

1- تلف وانحراف وتأخر شديد في النمو الاجتماعي.
2- تلف وانحراف في اللغة والاتصال (اللفظي وغير اللفظي).
3- تصلب التفكير والسلوك والخيال الفقير. (R.Jordan&S.Powell,p.1-2)

تلخيص الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع:

توصل الإكلينيكيون والباحثون إلى اتفاق في الآراء حول صلاحية التوحد باعتباره فئة تشخيصية وعلى الملامح المتعددة المتمركزة حول تعريفه, ولقد جعل هذا الاتفاق إمكانية تقارب النظامين التشخيصين الأساسيين: الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM IV, والإصدار العاشر للتصنيف الدولي للأمراض ICD لمنظمة الصحة العالمية WHO,1992.
وعلى الرغم من بعض الاختلافات المتبقية, فهذه الأنظمة التشخيصية الأساسية أصبحت متشابهة أكثر من تباينها؛ وهذا سهل تطوير مفاتيح التقييمات التشخيصية للخطوط الإرشادية الواضحة العالمية المتفق عليها. (Fred R.Volkmar, et al., p.5)

ويمكن تلخيص مقياس التشخيص للدليل الإحصائي الرابع DSM IV لاضطراب التوحد على النحو التالي:

- مقياس الDSM IV يشمل تلف التفاعل الاجتماعي التكيفي, كما هو موضح في اثنين على الأقل من الأعراض التالية:
- التلف الواضح في استخدام التواصل غير اللفظي.
- عجز في تطوير علاقات تحديق النظر مع الآخرين.
- فشل في البحث التلقائي عن فرص التفاعل مع الآخرين.
- فقر في التفاعل الاجتماعي أو الانفعالي.
- مقياس الDSM IV يشمل أيضاً تلف الاتصال أو التواصل (اللغوى) كما يتضح بواسطة واحدة على الأقل مما يلي:
- التأخر أو النقص الكامل في نمو اللغة المنطوقة.
- مع الأشخاص ذوى التحدث على نحو كاف؛ يكون هناك تلف جليل في القدرة على بدء أو استكمال محادثة مع الآخرين.
- استخدام اللغة المتكرر و النمطي, أو اللغة السمتية (الشيمية).
- فقر في التنوع, والنمو المحدد في لعب صناعة المعتقد والتقليد الاجتماعي.
- أخيراً فمقياس الDSM IV يتضمن النماذج النمطية والتكرارية في السلوك والأنشطة والاهتمامات, كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:
- الانشغال الملحوظ بواحدة أو أكثر من النماذج المحددة والنمطية للاهتمام, والذي يكون شاذاً في تكثيفه.
- التمسك المتعنت بالروتين أو الطقوس.
- الحركات الأدائية التكرارية النمطية؛ مثل: تخبيط أو التواء الأصابع أو اليد, أو حركات الجسم الكلية.
- الانشغال بإصرار بالعناصر أو الموضوعات.

(R.L.Simpson&B.S.Myles,1998,p.3-4)

والشكل التالي يمكن أن يلخص لنا أهم أعراض التوحد:

شكل رقم(6) أعراض التوحد

نقلاً عن:(سميرة عبداللطيف,1992,ص:11)

التشخيص الفارق للتوحد

للوصول إلى تشخيص دقيق لحالات التوحد يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقات المصاحبة للتوحد وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميز إعاقة التوحد عن غيرها من الإعاقات, فيما يسمى بالتشخيص الفارق؛ وسوف نتعرض لهذا التشخيص الفارق بين التوحد والإعاقات الأخرى على النحو التالي:

أولاً: التوحد- التخلف العقلي:

لقد أشارت ماريشون إلى أن التوحد يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات التالية: تكرار السلوكيات النمطية والقهرية, صعوبات في الكلام والتخاطب.

أما الفروق بينهما فهي كثيرة, منها:

1- اختلاف نسبة الذكاء بينهما؛ فيلاحظ أن 40% من التوحديين تقل نسبة ذكائهم عن 50, و30% منهم نسبة ذكائهم تصل إلى 70 أو أكثر, والثلث الباقي تصل نسبة ذكائهم إلى مستوى ذكاء العاديين وأحياناً تصل لدى بعضهم إلى مستوى العباقرة.
2- المتخلف عقلياً لديه اضطراب واضح في الذاكرة, في حين يتمتع المتوحد بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان, ولكن لديه اضطراب واضح في الإدراك.
3- يستطيع المتخلف عقلياً أن يتواصل مع الآخرين لفظياً وغير لفظي بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم, بعكس المتوحد.
4- يستطيع المتخلف عقلياً تقليد ومحاكاة الآخرين, بعكس المتوحد.
5- يستطيع المتخلف عقلياً تكوين علاقات اجتماعية, كما أنه لايرفض التفاعل الاجتماعي ، بعكس المتوحد.
6- تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد, أما بالنسبة لحالات التوحد فبعضها ينمو بصورة طبيعية حتى عمر30 شهراً, ثم تبدأ الأعراض في الظهور.

7- يتمتع المتوحد بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقلياً.

ثانياً: التوحد- الاضطرابات الذهانية:

يمكن استخلاص أهم السمات المشتركة بين التوحد والفصام على النحو التالي:

1- فقدان الاتصال بالواقع.
2- الانغلاق على النفس.
3- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر.
4- الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين.
5- عدم البراعة في التحدث والعمل.
6- الفشل في استغلال القدرات التي استخدمها من قبل.
7- الاضطراب الانفعالي.

- وبالرغم من هذا التشابه بينهما, فإن هناك عدداً من الفروق على النحو التالي:

1- حالات التوحد لا تنتشر وتتكرر في العائلة الواحدة بعكس الفصام.

2- التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة4:1, بينما الفصام يصيب الإناث والذكور على حد السواء.

3- التوحد يصاحبه غالباً تخلف عقلي, في حين لايحدث ذلك مع الفصام.

4- لاتظهر أعراض الهلاوس والهذاءات في التوحد بينما تظهر بوضوح في الفصام.

5- لايتطور التوحد فيما بعد إلى حالة فصام بتخطي الطفل مرحلة البلوغ.

6- ظهور حالات الكتاتونيا والبارانويا التي تقتصر على الفصام, ولاعلاقة لها بالتوحد.

7- التوحد يظهر في الأعوام الأولي من العمر, لكن الفصام يظهر عند سن البلوغ.

8- التوحد اضطراب نمائي, بينما الفصام مرض عقلي.

9- المتوحد يتمتع بصحة أفضل وقدرة حركية أكبر من الفصامي.

10- الفصامي لايعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبيرعن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين بعكس المتوحد.

11- المتوحدون يتجنبون التقاء العيون, بينما نادراً ما يحدث هذا في حالات الفصام.

ثالثاً: التوحد- زملة أسبيرجرAsperger Syndrome:

زملة أسبيرجر سميت باسم الطبيب النمساوي هانز أسبيرجر الذي اكتشفها عام 1944 وكانت تتشابه مع بعض أعراض التوحد التي وضعها كانر عام 1943, واعتبرها بعض الباحثين حالة مخففة من التوحد, أو شبيه التوحد Autism Like.

- ولقد حدد أحمد عكاشة جوانب التشابه بين التوحد وزملة أسبيرجر في الجوانب التالية:

1- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي.
2- غياب التواصل غير اللفظي.
3- مخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة.

- أما جوانب الاختلاف بين التوحد وزملة أسبيرجر فقد وصفها عثمان فراج, وشارون نيورث, وآخرون كما يلي:

1- عدم بدء ظهور أعراض أسبيرجر إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة, بينما حالات التوحد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة.

2- نسبة ذكاء الأسبيرجر تقترب من الطبيعي.

3- الطفل الأسبيرجر لايوجد لديه تأخر عام في اللغة ونموه اللغوي يقترب من الطبيعي, ولكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر وتكوين الجمل.

4- الأسبيرجر يتصف بالقلق والاكتئاب وضعف التوافق الحركي, ومن السهل إحباطه, كما أنه أكثر عدوانية وهذه السمات غير أساسية في التوحد.

ويرى عثمان فراج أنه بالرغم من وجود بعض الاختلافات بين زملة أسبيرجر والتوحد فإنه من الصعب التفرقة بينهما إلا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة.

رابعاً: التوحد- زملة ريت Rett Syndrome:

زملة ريت هي إحدى إعاقات الطفولة اكتشفها ريت عام 1966؛ وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيه التوحد, ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية. ونظراً لأن بعض سماتها تتشابه مع بعض أعراض التوحد فقد اعتبرها بعض الباحثين إحدى حالات التوحد, ولكن نظراً لوجود بعض الاختلافات الواضحة بين أعراض التوحد وزملة ريت, فقد اعتبرت كل حالة منفردة وقائمة بذاتها.

- وتمثلت أوجه التشابه فيما يلي:

1- النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر, يليه حالة من الفقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية, الاجتماعية, ومهارات التكيف المكتسبة.
2- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل للكلام.
3- عدم التواصل في الأفكار والانفعالات, قد يكون مصحوباً بالاكتئاب أو الضحك الهيستيري بدون سبب.

- أما أوجه الاختلاف بينهما فهي كثيرة, منها:

1-زملة ريت تصيب البنات فقط, أما التوحد يصيب كلا الجنسين, وإن كان يصيب الذكور بنسبة أكبر.
2- العجز الرئيسي في المصابات بزملة ريت يتمثل في التخبط والترنح في المشي وفقدان الاتزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية.
3- حدوث تشنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة وحدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثماني سنوات.
4- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشي للحالات المصابة بزملة ريت, بعكس حالات التوحد.
5- حالات الإصابة بزملة ريت مرتبطة دائماً بالإعاقة العقلية الشديدة, أما حالات التوحد؛ فمنهم – كما أشرنا- 40%فقط هم الذين تقل نسبة ذكائهم عن.50
6- سلوك إيذاء الذات المتعمد والانشغال بالتوافه من الأمور والحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى التوحد, ولكنها نادرة جداً في حالات الإصابة بزملة ريت.
7- العوامل المسببة للإصابة بزملة ريت تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي, المخيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة؛ أي عوامل عضوية أما العوامل المسببة للإصابة بالتوحد غير محددة.

خامساً: التوحد- زملة الكروموزومX القابل للكسرFragile “X” Syndrome:

- يرى عثمان فراج أن السمات السلوكية لكلتا الإعاقتين تتشابه إلى حد كبير, وتتمثل أوجه التشابه في:
1- ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي.
2- قصور الأدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية.
3- النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعدوانية أو العصبية الموجهة للذات أو للآخرين.
4- صعوبات في التركيز والانتباه.
5- تجنب التواصل البصري ومتابعة الحديث مع الآخرين.

6- إصدار أصوات غريبة وغير مفهومة.
7- قصور في التواصل اللفظي والقدرة على التخاطب يتمثل في الترديد الآلي والقصور في تركيب الجمل.
- وبالرغم من هذا التشابه في الأعراض الظاهرة بين الإعاقتين, فإنه يمكن التمييز بينهما بالفحص الكروموزومي الدقيق الذي يكشف عن وجود هذا الكروموزوم الهش, وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالتوحد.
كما يرى شارون وآخرون أن الأفراد الذين لديهم عيوب وراثية شديدة يكونون أكثر عرضة للإصابة بالتخلف العقلي وعدد من الأعراض الشبيهة بالتوحد.

سادساً: التوحد- الإعاقات السمعية:

- وتتمثل جوانب التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فيما يلي:
1- الانسحابية وغياب القدرة على التواصل البصري.
2- الاندماج في حركات نمطية.
3- عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي.
- أما عن جوانب الاختلاف, فهي:
1- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بإعاقة سمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.
2- تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد.
3- تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.
4- سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض.

سابعاً: التوحد- إعاقات التخاطب:

- وجوانب التشابه تتلخص في الآتي:
5- قصور في القدرة على التواصل اللفظي.
6- غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية.
- أما عن جوانب الاختلاف فتتمثل في العناصر التالية:
1- أصحاب إعاقات التخاطب لاتظهر لديهم ظاهرة الترديد الآلي والخلط في استخدام الضمائر بعكس حالات التوحد.
2- درجة القصور اللغوي لدى أصحاب إعاقات التخاطب تكون أقل من نظيرتها لدى التوحد.
3- أصحاب إعاقات التخاطب لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل في حين أنهم يستطيعون استعمال الأشكال الأخرى من التواصل عدا الجانب المعاق لديهم بعكس حالات التوحد.
4- أصحاب إعاقات التخاطب يندمجون في ألعاب ابتكارية خيالية بعكس المتوحدين؛ فهم يعانون من قصور في هذه السمة.
5- أصحاب إعاقات التخاطب نسب ذكائهم أعلى من نظيرتها لدى المتوحدين.

(سهام عبد الغفار,1999,ص:31-43)

أدوات تشخيص وقياس التوحد

كثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل المتوحد, وبرغم ذلك مازال التشخيص معقداً وصعباً للغاية.

وعملية التشخيص للطفل المتوحد - برغم تحديد محكات ومعايير للتشخيص الدقيق - تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذي الخبرة العملية العالية في ملاحظة السلوك اليومي وتسجيله لفترات طويلة بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي, وعلى أجهزة الكلام لاستبعاد حالات البكم العضوي وعدم إهمال الفحص الطبي العصبي وكذلك التقييم المعرفي باستخدام اختبارات الذكاء المناسبة.

- ومن الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية مايلي:

1- قائمة سلوك المتوحد Autistic Behavior Checklist (A.B.C) أعداد كرج, أريك, ألموند عام1980.
2- نظام الملاحظة السلوكي Behavior Observation System (B.O.S), وأعد هذه الأداة كل من: فريمان, ريتفو, سكروز عام 1984.
3- مقياس ريتفو- فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية Rtivo- Freeman, Real Life Rating Scale (R.L.R.S).
4- مقياس ملاحظة التوحد Autism Observation Scale (A.O.S) لسيجل وآخرين عام1986.
5- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال Children's Psychiatric Rating Scale,1973 (C.P.R.S).
6- قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال ذوي السلوك المضطرب, الطبعة الثانية: (Rim land's Diagnostic Checklist for Behavior disturbed Children-E2,1971).
7- مقياس تقدير توحد الطفولة (كارز) Children Autism Rating Scale,1980 (C.A.R.S).

- وبالإضافة لهذه الأدوات؛ توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظاهر السلوكية لحالات التوحد, ولكنها أقل استخداماً في الدراسات, ومنها:

1- المقابلة التشخيصية للتوحد (A.D.I) والتي صممها ليوكوتر وآخرون عام 1989.
2- أداة تقدير السلوك التوحدي والنمطي للأطفال (B.R.I.A.A.C),وأعد هذه الأداة روتنبرج وآخرون عام 1966.
3- جدول الملاحظة لتشخيص التوحد (A.D.O.S) وأعد هذه الأداة لورد وآخرون عام 1989.
4- مقياس تقدير السلوك الموقوت (T.B.R.S), وأعد هذا المقياس كوهين وآخرون عام 1978.
5- مقياس تقدير النمطية الموقوتة (TBRS), وأعده كامبل عام 1985.

* ولكي يكون التشخيص متكاملاً فلابد من تشخيص الجانب المعرفي والعضوي للحالة فيتم تشخيص القدرات المعرفية لدى المتوحد باستخدام اختبارات الذكاء, وكان أكثرها استخداماً هو اختبار وكسلر المعدل (WISC-R) ؛وعادة يقتصر على الجزء العملي منه, كما يستخدم اختبار رسم الرجل, متاهة بورتيوس, لوحة جودارد, اختبار استانفورد بينيه, اختبار الذكاء المصور لأحمد ذكي صالح. ويجب الاعتماد على أكثر من اختبار لمعرفة العمر العقلي للحالة, كما تعامل النتيجة بحذر وفي ضوء نتائج الملاحظة واختبارات سلوكية أخرى.

كما يجب ألا نهمل الجانب العضوي في التشخيص؛ فإن أهمية الفحص الطبي للطفل لاتقل بل تزيد عن أهمية الجوانب السلوكية الظاهرة؛ ومنها الفحص الكروموزومي, فحص الجنين أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل, والرسام الكهربائي للمخ.

ولما كانت الاضطرابات البيوكيميائية من العوامل المسببة للإصابة بالتوحد, فكان من الضروري عند التشخيص الكامل للحالة فحص هذه الجوانب البيوكيميائية ومنها جهاز الدوبامين, وكذلك جهاز السيروتونين. (سهام عبد الغفار,1999,ص:62-68)

أسباب التوحد

حاولت عدد من الدراسات التعرف إلى الأسباب الحقيقية للتوحد منذ عام 1943 وحتى الآن, وقد أوضحت تلك الدراسات التي عنيت بهذا الشأن إلى أن التوحد يرجع إلى أكثر من عامل سببي فقد ترجع أسباب إصابة الطفل بهذه الإعاقة إلى العوامل النفسية أو البيئة أو الإدراكية أو البيولوجية أو الجينية، أو قد تكون نتيجة لبعض أو كل تلك العوامل السابقة مجتمعة.

أولاً: العوامل النفسية:

اعتمدت أولى التفسيرات لأسباب التوحد على العوامل النفسية, حيث تم التأكيد بشكل كبير على الاتجاهات السلبية من قبل الوالدين تجاه الطفل, والتي تهيئ لحدوث هذا النوع من الإعاقة.
حيث اعتقدت بعض النظريات أن المسئولية في حدوث التوحد تقع على عاتق الوالدين وخاصة الأم لجمود عواطفها وعدم تزويد طفلها بالمشاعر الدافئة حتى أطلق عليها مصطلح (الأم الثلاجة) وعلى الوالدين معاً مصطلح (الوالدين الباردين).(M.Aarons&T.Gittens, 1992, p.17)
ولقد كان هذا التفسير يحزن الوالدين كثيراً ويشعرهما بالذنب على اعتبار أنهما السبب في إعاقة الابن, بالرغم من أن هذه النظريات لم تقدم أي سند أو دليل علمي واضح في هذا الشأن.
فلم تفسر هذه النظريات السبب في عدم إصابة باقي الأطفال في الأسرة نفسها بهذا النوع من الإعاقة, كما أشارت بعض الدراسات أيضاً إلى وجود آباء وأمهات لأطفال توحديين لايتسمون بالبرود العاطفي.

ثانياً: العوامل البيئة:

يرى أنصار العامل البيئي أن الخبرات الأولى من حياة الطفل تؤثر على نموه في المراحل التالية وأن فشل إقامة روابط مع الطفل قد تكون أحد الأسباب القوية للاضطراب, وبخاصة المشاكل الانفعالية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعلاقة مابين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة المبكرة مما يؤدي إلى انسحاب الطفل من المحيط الاجتماعي.
لكن يلاحظ أن هذه النظرية لم تفسر السبب في أن التوحد يحدث بنسبة تكاد تكون ثابتة تقريباً لكافة الأجناس البشرية في كل البيئات المختلفة.

ثالثاً: العوامل الإدراكية:

ترجع بعض الدراسات أسباب إعاقة التوحد للخلل الحادث للإدراك, وعدم القدرة على تنظيم الاستقبال الحسي مما يحول وقدرة الوليد على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن البيئة المحيطة, وتحد من قدرته على التعلم وعلى التكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته.
وترى آخر النظريات الحديثة في مجال التوحد وهي نظرية العقل أو الإدراك, أن الأطفال المصابين بالتوحد يفهمون المستوى الأول من الإدراك مثل إدراكهم للأشياء والمواد التي من حولهم ولكنهم لايفهمون المستوى الثاني من الإدراك مثل فهمهم لمغازي الحديث أو توقع سلوك الآخرين مثلاً. ومع كثرة مؤيدي هذه النظرية فإنها لم تفسر سبب التوحد لجميع الأطفال حيث إن بعضهم قادر على إدراك مغازي الحديث.(محمد شاهين ,2002,ص:49-52)

رابعاً: العوامل البيولوجية:

يعتقد بعض الباحثين أن للعامل البيولوجي دوراً فعالاً في حدوث التوحد, بعدما تبين أن أمهات الأطفال التوحديين كن تعانين من إصابات فيروسية أثناء الحمل والتي أثرت بدورها على الطفل, وبرغم أن الطفل يبدو طبيعياً أثناء عملية الولادة.(M.Aarons&T.Gitten, 1992, p.19)

هذا وعلى المستوى البيولوجي؛ فإنه قد يكون هناك عدد من الأسباب المختلفة والتي تؤدي إلى هذا الخلل الوظيفي الجزئي في المخ. وهناك عمل يظهر الاختلالات الكيميائية في المخ والتي من الممكن أن تنتج من التوقف الفطري في إنتاج الأنزيم. وقد يدمر مرض الأم نمو الطفل, أو قد يكون هناك إصابة عند الميلاد. والمهم هنا أن كل هذه الأسباب المختلفة قد تكون لها تأثير شائع على المستوى النفسي ينتج في نفس العجز النفسي الذي يعرف على أنه توحد. (R.Jordan&S.Powell, p.3)
ولقد أظهرت إحدى الدراسات أن الولادة المتعسرة , أو وجود تاريخ من المرض الذهني لدى أحد الأبوين قد يزيد من خطر تعرض الطفل للإصابة بمرض التوحد, وهي دراسة قد تقدم تفسيراً لأسباب هذه الإعاقة العصبية الخطيرة. (رائد العبادي,2006,ص:29)

خامساً: العوامل الجينية:

في مطلع التسعينيات من القرن الماضي ظهر اتجاه جديد في تفسير أسباب التوحد؛والذي يرجع هذا النوع من الإعاقة إلى العوامل الجينية أكثر من أي عامل سببي آخر.(محمد شاهين,2002,ص:53)
ومن بين الدراسات التي أرجعت إعاقة التوحد إلى العوامل الجينية؛ دراسة بوير Bower,2000, والتي أشارت إلى أن الجين الوراثي المعروف باسم هوكسال Hoxal هو الذي يجعل الأطفال عرضة للإصابة بالتوحد, وكذلك يجعلهم أيضاً عرضة للإصابة بعدد من الاضطرابات الأخرى.
(Bower B., 2000, p.39)

النظريات المفسرة للتوحد

أولاً: النظرية الصينية عن التوحد:

عرف الصينيون إعاقة التوحد وقاموا بعلاجها، ومازالوا يعالجون التوحد منذ أكثر من 2000 عام عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين بالتوحد, والذي كانت نتائجه تحسن أعراض التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له.
بالنسبة للأطفال التوحديين, واستناداً إلى النظرية الطبية الصينية؛ فإن التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين, والتي ربما تكون عن طريق الأم, وأحياناً الأب. ويشير الأطباء الصينيون إلى أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة؛ فإن الجسم لايمتص فيتامين "ب6" بطريقة فعالة.
ولقد توصل الباحثون الذين كرسوا جهودهم لدراسة التوحد إلى نتيجة مشابهة لنتائج الأطباء الصينيين, وأنهم بتطوير الجهاز الهضمي والمناعي لدى المصابين بالتوحد تحسنت أعراض التوحد لديهم, ولقد وجدوا أيضاً أن التوحديين الذين يتبعون نظام الحمية الخالية من الكازيين والجلوتين وبعض الملاحق الغذائية الأخرى قد تحسنت لديهم أعراض التوحد وبعض السلوكيات الشاذة قلصت بنسبة 90%.

ثانياً: نظرية القوة المحركة (الباعث على الحركة) وعلاقتها بالتوحد:

في نظرية القوة الباعثة على الحركة؛ يشتق تصنيف أصوات الكلام من تصنيف برامج القوى الباعثة على الحركة المستخدمة في بناء كل أشكال الحركة الجسدية. وعلى هذا؛ فإن القرد والشنشيلا يشبهون الطفل البشري من ناحية التنظيم العقلي والعظمي. كما أن خصوصية الصوت هى النتيجة العرضية لتطبيق برامج الحركة البدائية المختلفة على العضلات والذي ظهر بشكل جهاز النطق, والصلة بين نظام القوة المحركة وصياغة الكلمات يظهر بعد ذلك.
يبني التركيب الهرمي للقوة الباعثة على الحركة على أساس مجموعة من عناصر القوة الباعثة على الحركة, والتي بدورها تجتمع بأعداد لاحصر لها على شكل كلمات. إن الكلمات الموجودة في الكلام هي قراءة للتراكيب العصبية, وهي أيضاً قراءة للأفعال وتعابير الوجه, إن الكلمة باعتبارها تركيباً عصبياً يمكن أن تتشكل من التفاعل المشترك للبرامج الباعثة على الحركة لتشكل برنامجاً لغوياً عصبياً

مميزاً.وإذا كانت الكلمات مشتقة من نظام القوة المحركة, إذاً يجب أن تكون هناك علاقة وثيقة بين تركيب القوة الباعثة على الحركة من جهة وتركيب اللغة من جهة أخرى.

ثالثاً: نظرية الاضطراب الأيضي:

في هذه النظرية افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي, وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي, مما يؤدي إلى أن تكون العمليات الداخلية مضطربة. لكن يلاحظ أنه في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لاتتحلل بالكامل عند كثير من الأشخاص, ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد. لذلك تخرج نظرية أخرى تقول إن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تؤثر على الدماغ وتحدث أعراض التوحد.

الجديد في مجال نظريات التوحد:

هناك عدد من النظريات التي ظهرت لتفسير سبب حدوث التوحد, ومن هذه النظريات:
الحساسية من الكازيين Casein, وكذلك الحساسية من الجلوتين Gluten, زيادة نمو وتكاثر الفطريات في أمعاء الأطفال الذين يعانون من التوحد, ومن النظريات الجديدة احتمال وجود علاقة بين لقاح MMR والإصابة بالتوحد.

- وهناك كثير من الوسائل والطرق التي أظهرت فعاليتها في التخفيف من إعاقة التوحد؛ ومنها:

1-المعالجة البيولوجية عن طريق استخدام الفيتامينات التي تحتوي على نسبة عالية من فيتامين B6 والماغنيسيوم.
2- استخدام نظام غذائي خالٍ من الكازيين والجلوتين.
3- تعديل السلوك.
4- علاج التخاطب.
5-التدريب السمعي.

وهناك وسيلة جديدة ظهرت, وهي:

العلاج باستخدام هرمون السكرتين Secretin, وهو هرمون في الجهاز الهضمي ينظم وظائف المعدة, ويستخدم السكرتين لفحص وظائف البنكرياس, ولتشخيص بعض أمراض الجهاز الهضمي وخاصة أمراض المرارة, ولقد ساعد هرمون السكرتين على تخفيف كثير من أعراض التوحد لدى70% من الأطفال الذين عولجوا بالسكرتين, ولايزال العلاج في مجال التجربة.
(رائد العبادي,2006,ص:165-175)

الأساليب العلاجية للتوحد

بالرغم من التقدم العلمي الحادث في مجال علاج الأمراض الجسمية والنفسية والعقلية؛ فإن الاضطراب التوحدي مازال لم يحظ بالدراسات الكافية, ولم يتم حصر الحالات في عالمنا العربي, وتحديد نسبة انتشاره, ولم تقدم دراسات مستفيضة تحدد الأسباب وطرق الوقاية والعلاج الفعال, فمازال هذا الاضطراب يكتنفه الغموض ولايزال تشخيصه من أكبر المشكلات التي تواجه العاملين في مجال علاج اضطراب الطفولة النفسية والسلوكية.(محمد خطاب,2005,ص:112)
وتنقسم الأساليب العلاجية إلى أربعة أساليب, هي:

أولاً: العلاج النفسي للتوحد:

هناك من الباحثيين من يرى أن العلاج النفسي للطفل الاجتراري ينبغي أن يبدأ أولاً بإخراجه من قوقعته الذاتوية؛ وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن استخدام أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى, وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة وذلك باستخدام الموضوعات الجامدة. والمهم أن ندرك أنه من الخطر أن ندفعه

بسرعة نحو التواصل الاجتماعي, وذلك لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابة كتاتونية أو إلى القيام بدفعات ذهانية حادة. (عبد الرحمن سليمان,2001,ص:89)

ثانياً: استخدام تعديل السلوك في علاج التوحد:

ويمكن تلخيص خطوات تعديل السلوك في النقاط التالية:
أ-العمل على جذب انتباه الطفل أولاً.
ب-وجوب سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.
ج- حث الطفل على الاستجابة عن طريق الملاءمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة.
د- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها.
ه- ويلاحظ أنه من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل.

ثالثاً: العلاج الدوائي (البيولوجي أو العقاقيري) للتوحد:

يلاحظ أنه بسبب عدم طبيعة الأسباب الباثوفسيولوجية لإعاقة التوحد, فلا توجد أدوية أو علاجات لشفاء هذه الإعاقة. فقط يمكن أن تعطى بعض الأدوية للأعراض المصاحبة للتوحد في حالة وجود مشكلات سلوكية شديدة. وقد تعطى الأدوية كذلك عندما توجد أعراض مصاحبة مثل الكآبة أو كثرة الحركة وعدم التركيز أو إيذاء الذات وغيرها.
ويؤكد الباحثون على أن قرار البدء في العلاج بالأدوية يجب أن يسبقه تقييم شامل وكامل لحالة الطفل العصبية والنفسية, وكذلك معامل ذكائه.

رابعاً: العلاج البيئي للتوحد:

العلاج البيئي Environmental Therapy هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة, كما يشير المصطلح إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعاً علاجياً. وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء.
ويتضمن استخدام العلاج البيئي في علاج إعاقة التوحد تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة.
(عبد الرحمن سليمان,2001, ص:144-152)

التدخل المبكر ودور المراكز المتخصصة

تهدف عملية تعليم الأطفال الاجتراريين وتربيتهم إلى معاونة الطفل الاجتراري نفسه على الأفادة من بيئته. وأحياناً نجد أن الطفل الاجتراري يضطرب حين يمر بخبرة إدراكية اضطراباً يصل به إلى الدرجة التي يتجنب بها هذه الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة أو أن ينغلق على نفسه حتى لايعرض نفسه لمزيد من الحيرة والارتباك؛ ولهذا فهو في حاجة إلى بيئة مستقرة ثابتة لها روتين راسخ فهي أفضل بالنسبة له من البيئة الحرة, وعلى الرغم من القيود والتحديدات التي سوف تفرض عليه, سيكون في حاجة إلى بعض التحرر حتى يتصرف بطريقته الخاصة, مع محاولة بذل الجهود من قبل القائمين على تربيته غالباً في أن يواجهوا ويضبطوا ماقد تثيره هذه البيئة من ردود أفعال قوية.
ويشير عدد من الباحثين مثل كلارك Clark,1965 وفيرنو Furneaux,1969 إلى أن بعض المعلمين يؤكدون على أهمية الملاحظة الدقيقة للطفل والتي تتسم بالاهتمام البالغ بالتفاصيل لمحاولة الكشف عما إذا كان الطفل يستطيع أن يفعل مايفضله من خلال القنوات الحسية, وماهو نوع الفهم المتعلق بالكلام, حتى مع عدم وجود لغة منطوقة.
والمشكلة الكبرى بالنسبة للطفل التوحدي هي إقامة العلاقة مع الآخرين (ومع نفسه) ولهذا يجب أن يكون الهدف الأساسي للمعلم هو تطوير القدرة على إقامة هذه العلاقات.

ويجب أن يسمح للطفل التوحدي الذي يتمتع بمهارات خاصة أن يمارس هذه المهارات في المدرسة, ولو لبعض الوقت. وقد يعتقد المعلم أن تعلم الطفل ارتداء ثيابه أو تعلمه الكلام, أهم من ممارسة الرسم والموسيقى, ويجب أن يتسع اليوم المدرسي لأولويات التلميذ والمعلم على حد سواء.
(عبد الرحمن سليمان,2001,ص:141,140,134)

مفاهيم التدخل المبكر

يرى سميروف, فاباس Sameroff,A.Feibs,1998 أن الطفل يتصرف بالمرونة والارتجاع إلى الحالة الطبيعية, وأن الطفل المعاق والمعرض للخطر كلما تعرض إلى قدر مناسب من الخدمات ساعد ذلك على الاقتراب من الوضع الطبيعي؛ فالتدخل يقلل الظروف السلبية التي يواجهها الطفل ويدفعه إلى المستوى الإيجابي.

- ويتم التدخل وفقاً لاستراتيجيات ثلاثة وهي:

أ- عملية توسطية:

ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.

ب- تعديل مفاهيمه وتعويضه:

بتعديل إدراكات الوالدين للطفل والمعالجات , وممارسة الوالدين نحو الطفل.

ج- إعادة تعليم الوالدين:

لرعاية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.
* ومن الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر؛ استراتيجية مراكز التدخل المبكر:
وتقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من الاختصاصيين اللازمين, وهناك أنواع من هذه المراكز وهي:

- مراكز تدريب الطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.
- مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل.
- مراكز تدريب الوالدين. (محمد خطاب,2005,ص:113-115)

المشكلات المترتبة على ولادة طفل توحدي في الأسرة

لاشك أن كل أب وأم يتطلعان بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه. ولكن تعتبر اللحظة التي تتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة لحظة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها, وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث إنها تقود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة. ويلاحظ أن ولادة الطفل التوحدي في الأسرة يكون له أثر كبير في إيجاد الخلل في التنظيم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة, بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل. (سوسن الجلبى,2005,ص:23)

- الآثار النفسية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض, وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى. وأكدت بعض الدراسات أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضاً للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم.

ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين؛ كمشاعر الذنب, الرفض المستمر للطفل, الحماية الزائدة, حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس, والشعور بفقدان الطفل, والانعزال عن الحياة الاجتماعية, والشعور بالدونية والنقص, والهروب من الواقع, وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة, وعدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبين بقية أفراد الأسرة.

(Macketth R., 1973, p.524-527)

وتشير سهام راشد إلى أهم الحيل الدفاعية غير الشعورية التي تلجأ إليها أسر الأطفال التوحديين هى:الانكار- الإسقاط- رد الفعل (والذي يتمثل في إظهار مشاعر عكس الموجودة داخلياً).

ومهما كانت الصعوبات التي يخبرنا الآباء بأنهم واجهوها من أجل الحصول على فترات راحة, فإن المجتمع يفرض عليهم صعوبات أكثر تتمثل في:سوء الفهم, واللوم, والحاجات المتصارعة, وعدم التقدير, والوحدة النفسية.(سهام عبد الغفار ,1999,ص:90,89)

- الآثار الاجتماعية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

هناك عدد من المشكلات الاجتماعية التي تسببها الإعاقة في المحيط الأسري, حيث تؤثر الإعاقة على طبيعة العلاقات بين جميع أفراد الأسرة بصفة عامة؛ مما يؤدي إلى وجود خلل في البناء الاجتماعي للأسرة والذي يقلل من توازن الأسرة وتماسكها. ويلاحظ أن افتقار الطفل التوحدي لأداء دوره يشكل بالضرورة عبئاً على أدوار الآخرين.(محمد شاهين,2002,ص:87)

وقد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقاتها بغيرها من الأسر؛ لاعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة ماتتكلم عنهم في لقاءاتها.

- الآثار الاقتصادية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

لاشك أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية والاجتماعية أعباءً أخرى مالية أو اقتصادية هذا إذا ماعلمنا أن هذه الأعباء غالباً ماتكون دائمة وتستمر طوال فترة حياة هذا الطفل؛ إذ إن الطفل التوحدي يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة, فهم بحاجة إلى وقت ورعاية وحضانة وتدريب وتكاليف أكثر من غيرهم, فضلاً عن أن قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل ساهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل. (سوسن الجلبي,2005,ص:26)

دور الإرشاد النفسي في حياة أسرة الطفل التوحدي

ذكر عادل الأشول أن إرشاد الوالدين هو عملية فنية ويجب أن يقوم بها أختصاصي على درجة عالية من الكفاءة في العمل مع أولياء أمور الأطفال المعاقين, ومع إخوة وأخوات هؤلاء الأطفال. وأشارت كثير من الدراسات إلى أن جلسات الإرشاد الجمعي والفردي كثيراً ماتساعد الآباء والأبناء في تخفيف مشاعر الذنب والإهمال والانسحاب التي قد تنتابهم عند التعامل مع الأطفال المعاقين.

- وقد حدد كوهين Cohen ودونالان Donnellan دور المرشد النفسي مع أسرة الطفل التوحدي في النقاط التالية:

1- أن يشرح للأسرة الحقائق والأسباب المرتبطة بإعاقة طفلها التوحدي بصدق ووضوح, مع مراعاة الحالة النفسية للأبوين.
2- يوضح لهما أن وجود طفل معاق في الأسرة ممكن أن يحدث لأي أسرة وفي أي مكان بالرغم كل الاحتياطات.
3- أن يعطي فرصة للوالدين للكلام والأسئلة عن مشكلة ابنهم.
4- يبذل قصارى جهده في تهدئة مشاعر الخوف والقلق والحزن لدى الآباء, ويحاول تعويضهم بشئ من تقدير الذات وبث الثقة في النفس, كما يرشدهم إلى الأماكن التي تقدم لهم المساعدة المناسبة في حدود إمكانياتهم الاقتصادية.
5- يوجه الأسرة إلى كيفية التعايش مع الإعاقة وتقبلها بصدر رحب.
6- يقدم لهم التدريبات اللازمة لأساليب التعامل الصحيح مع الطفل التوحدي.

- ويلاحظ أن بعض الباحثين يفضلون الإرشاد الفردي؛ في حين يفضل آخرون الإرشاد الجمعي. ويؤيد كوزولوف Kozoloff,1984, كوهين ودونالان أهمية الدمج بين الاتجاهين, فيستندون إلى الاستفادة من إيجابيات كل أتجاه على حدة؛ فتستخدم جلسات الإرشاد الجمعي من أجل التأييد العاطفي للأسر, والمشاركة في التجارب والمشاعر مع الأسر التي لها وضع مشابه, مع عدم إهمال المشكلات الفردية والعناية بها. (سهام عبد الغفار,1999,ص:91-98)

تعقيب على محور التوحد

بعد عرض الإطار النظري للتوحد, يمكن أن نستنتج مايلي:

- التوحد إعاقة خطيرة تحدث للطفل وتسبب له عجزاً وتدهوراً عنيفين.
- التوحد يحدث فجأة في سن 30شهراً تقريباً؛ مما يؤدي إلى حدوث صدمة نفسية قوية للوالدين, لأن الطفل يبدو طبيعياً قبل هذه الفترة.
- يترتب على التوحد عدد من الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية السلبية؛ مما يضغط على الوالدين ويسبب لهما سوء التوافق.
- إن أكثر الأفراد تأثراً بإعاقة الطفل هي الأم؛ مما يجعلها أكثر عرضة للاضطرابات النفسية بالمقارنة بباقي أفراد الأسرة.

المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الوالدين

الأسرة باعتبارها نظاماً اجتماعياً قائماً بذاته يعتمد اعتماداً كلياً على طبيعة العلاقات القائمة بين أفراده والأدوار التي يؤدونها وعلاقتهم بعضهم ببعض ؛ فإذا حدث شئ ما لأحد أفراد الأسرة فإنما ينعكس ذلك على النظام بشكل عام ، وقدرة الأسرة على مواجهة أى ظروف إنما ترجع إلى مدى قوتها وتماسكها. وكثيراً ما تفاجأ الأسرة بقدوم طفل معاق فتصطدم بالواقع ، فهي غير مهيأة سابقاً للتعامل مع هذا الواقع ، فولادة طفل معاق في الأسرة تسبب صدمة قوية للأسرة وخصوصاً بالنسبة للأم ، حيث كثيراً ماتشعر بالذنب والاكتئاب والإحباط ولوم النفس مما ينعكس على شخصيتها فينعكس ذللك على ردود فعل الأسرة تجاه الطفل ، ونظرتهم السلبية للطفل ولمشكلاته (النفسية والاجتماعية وغيرها)، إلى أن تبدأ الأسرة بتقبل الواقع وضرورة معالجة الموقف. (عبد الفتاح دويدار،1998،ص:4)
ومن أهم المشكلات النفسية التي يعانى منها الطفل التوحدي : التقلب الوجداني، القصور في التعبير الانفعالي، وبعض المخاوف الشاذة.
أما المشكلات الاجتماعية ؛ فتبرز في: خلل التواصل اللفظي وغير اللفظي، ورفض العلاقات الاجتماعية الحميمة والقصور في الاهتمامات والأنشطة.
ويلاحظ أنه تتوقف رؤية الآباء لهذه المشكلات على شخصيتهم ونضجهم الوجداني واتزانهم الانفعالي.

الخلاصة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل الإطار النظري للمتغيرات التي تتناولها ؛من حيث التعرض لكل من : الذكاء الوجداني، واضطراب ضغوط مابعد الصدمة، والتوحد، ووجهة نظر الوالدين تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية التى يعانى منها طفلهم التوحدي.كما قدمت الباحثة في نهاية عرضها لكل متغير تعقيباً واستنتاجاً لما تم عرضه من اسس نظرية، والتى في ضوئها قامت الباحثة بصياغة فروض الدراسة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة ؛ والتي لها علاقة وثيقة بمتغيرات الدراسة الحالية. ولقد قامت الباحثة بتقسيم الدراسات السابقة، إلى:

- دراسات تناولت العلاقة بين الذكاء الوجداني وأعراض اضطراب ضغوط مابعد الصدمة.
- دراسات تناولت العلاقة بين الإعاقة العقلية للطفل وانخفاض الصحة النفسية للوالدين، والصدمة النفسية لهما.
- دراسات تناولت فاعلية البرامج الإرشادية في تحسين الصحة النفسية لدى والدي الطفل المعاق عقلياً.

وذلك في ضوء عدد من الاستقصاءات البحثية Computer Searches أجرتها الباحثة ، وآخر هذه الاستقصاءات في شهر أغسطس 2010.

وفيما يلي عرض لهذه الدراسات والتعقيب عليها، ثم اشتقاق فروض الدراسة.

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة:

1 - دراسة مايروجيهار (Mayer & Gehar (1996 :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أبعاد العلاقة بين الذكاء الوجداني وأبعاد الشخصية والإشباع العاطفي ، وتكونت العينة من (321) طالباً ، وطبق عليهم مقياس مينسوتا للشخصية (MMPI) ، واستبيان الذكاء الوجداني؛ إعداد الباحثين ، والمقابلة الشخصية . وأشارت النتائج الى وجود علاقة سالبة بين القلق والاكتئاب وبين الذكاء الوجداني بأبعاده ، ووجود فروق دالة إحصائيا بين الطلاب في القدرة على التفاعل مع الآخرين والقدرة على إدارة الوجدان .

2- دراسة مارتنز – بونز (Martinez – Pons , (1997 :

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أبعاد العلاقة بين الذكاء الوجداني والرضاعن الحياة وتوجيه الهدف والاكتئاب لدى عينة من الراشدين (108) راشدين من طلاب الدراسات العليا، ومجموعة من المعلمين والآباء ما بين (24-60 عاماً) من الذكور والإناث باستخدام المقابلة الشخصية ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس الرضا عن الحياة واستبيان الذكاء الوجداني . وأشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة بين الذكاء الوجداني والرضا عن الحياة وتوجيه الهدف ، ووجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجداني والاكتئاب .

3- دراسة كوروين (Corwin,(1997 :

ولقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أبعاد العلاقة بين الذكاء الوجداني والاكتئاب ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من المرضي النفسيين بلغت (167) مريضا من الذكور فقط، وتم تطبيق مقياس مؤشر التفاعل الاجتماعى ، واستبيان المعلومات الشخصية ، ومقياس تنظيم المشاعر . ولقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القدرة على التعاطف مع الآخرين وانخفاض معدل الاكتئاب ، كما وجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحساسية تجاه مشاعر الآخرين السلبية

والقدرة على التكيف والاكتئاب ، كما وجدت علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الذكاء الوجدانى والاكتئاب .

4- دراسة كروجر Krueger , (1997) :

هدفت هذه الدراسة إلى تناول العلاقة بين الذكاء الوجدانى والاضطرابات العقلية، والتقمص الوجداني ، لدى عينة من طلاب الماجيستير (67) وتم تطبيق استبيان الذكاء الوجدانى ، ومقياس مينسوتا للشخصية (MMPI) ، وخمسة مقاييس للتقمص الوجدانى . وأشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والاضطرابات العقلية.
(أحمد عبد الواحد،2005، ص 110 ، 111)

5- دراسة سوزى فوكس Suzy Fox ,(2000) :

وهدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين الذكاء الوجدانى والذكاء العام والسمات العاطفية لدى عينة من (616) طالباً من طلاب الجامعة ، وذلك بتطبيق مقياس الذكاء الوجدانى ومقياس الذكاء العام ، بالإضافة إلى المقابلة الشخصية . ولقد توصلت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين الذكاء الوجدانى والذكاء العام.(أحمد عبد الواحد ،2002، ص:95)

6- دراسة لا مانا Lamanna,(2002) :

وهدفت هذه الدراسة التعرف إلى العلاقة بين الذكاء الوجدانى ووجهة الضبط والاكتئاب ، وتكونت عينة الدراسة من (100) من النساء ما بين (18- 78 سنة) باستخدام قائمة الذكاء الوجدانى (EOI) ومقياس وجهة الضبط الداخلية – الخارجية ، ومقياس بيك للاكتئاب ، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة بين الذكاء الوجدانى ووجهة الضبط الداخلية ووجدت علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى (الإدراك الذاتي للانفعال) والاكتئاب ووجهة الضبط الخارجية .

7- دراسة ميرابيان Mehrabian,(2000) :

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى العلاقة بين الأساليب الفردية المختلفة للنجاح فى الحياة وعلاقتها بالذكاء الوجدانى ، ومقياس التعاطف الوجدانى لدى عينه من (302) فرد ما بين (17 -46عاماً) باستخدام مقياس الذكاء الوجدانى ومقياس التعاطف الوجدانى ، ومقياس المرونة ، ومقياس تايلور للقلق ، ومقياس القدرة على الإنجاز ، ومقياس بيك للاكتئاب . وأشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة بين الذكاء الوجدانى ومقياس النجاح فى الحياة ، ووجدت علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والقلق والحزن واليأس والاكتئاب .

8- دراسة باركر Parker, et al., (2001):

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين الذكاء الوجدانى والعجز عن التعبير الانفعالى باعتباره نوعاً من الاضطرابات الوجدانية لدى عينة من مرض الشكاوى الجسمية (734) راشداً وتم استخدام مقياس تورينتو للأليكسيثيميا ، واستخبار بار- أون للذكاء الوجدانى (EQI) . وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين الذكاء الوجدانى والعجز عن التعبير الانفعالى .

9- دراسة كاراتشى Carrachi, (2001):
هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أبعاد العلاقة بين الذكاء الوجدانى والضغوط النفسية ومظاهر الصحة العقلية ، لدى عينة من طلاب الجامعة (302) طالب ، وتم تطبيق مقياس ماير للذكاء الوجدانى (MEIS)، واستبيان الضغوط النفسية ومقياس التخيل الانتحارى ، ومقياس اليأس وفقدان الأمل، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والضغوط النفسية والتخيل الانتحارى واليأس وفقدان الأمل .

10- دراسة وانج Wang,(2002):
هدفت هذه الدراسة التعرف إلى العلاقة بين الذكاء الوجدانى والقلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب ثلاث جامعات صينية ، وتم تطبيق مقياس (EIS) للذكاء الوجدانى إعداد بار- أون ، ومقياس (SDS) للاكتئاب ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الطلاب على مقياس الذكاء الوجدانى ومستوى القلق والاكتئاب ، وأشارت النتائج إلى أن محتوى الذكاء الوجدانى يقوم بدور مهم فى تحديد الحالة النفسية للأفراد .

11- دراسة سالوفى وآخرين Salovey, et al., (2002):
هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الذكاء الوجدانى، ومجموعة من القدرات وبعض سمات الشخصية ومساهمة كل منهم فى تحسين جودة العلاقات الاجتماعية ، لدى عينه من طلاب الجامعة (301) طالب، باستخدام مقياس مايروسالوفى وكارزو للذكاء الوجدانى (MSCEIT) ، وبعض مقاييس الشخصية (مقياس كاليفورنيا) ومقياس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) ومقياس بيك للاكتئاب . وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والعلاقات الإيجابية مع الآخرين ، ووجدت علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والانطواء والعصابية والاكتئاب .

12- دراسة فيولام Fullam, (2002):
هدفت هذه الدراسة التعرف إلى العلاقة بين الذكاء الوجدانى وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى عينه من طلاب الجامعة حوالى (289) طالباً باستخدام استبيان الذكاء الوجدانى ، ومقياس ضغوط الحياة ، ومقياس السلوك التكيفى ، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والصحة النفسية ، ووجدت علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والضغوط النفسية ، وأشارت النتائج إلى أهمية الذكاء الوجدانى فى تحسين الصحة النفسية من خلال حل المشاكل الاجتماعية وتحقيق التكيف ومواجهة الضغوط وضبط الانفعال .

13- دراسة دونالد وأخرين Donald, et al., (2003):
وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد الأسس التى يبنى عليها مقياس الذكاء الوجدانى وعلاقته ببعض أبعاد الشخصية لدى عينة من الطلاب قوامها (354) طالباً باستخدام مقياس الذكاء الوجدانى ، ومقياس أيزنك للشخصية ، ومقياس بيك للاكتئاب . وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والعصابية والاكتئاب ، ووجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجدانى والانبساط والقبول والرضا عن الحياة. (أحمد عبد الواحد،2005، ص 111- 114)

14- دراسة نايجل هنت ودي إيفانز Nigel Hunt and Dee Evans,(2003):

وهدفت هذه الدراسة إلى بحث ما إذا كان من الممكن أن يتنبأ الذكاء الوجداني بطريقة تفاعل الأفراد واستجابتهم للخبرة الصدمية. ولقد تم اختيار عينة عشوائية قوامها (414) مشاركاً (181 ذكراً و233 إنثى)، وتم تطبيق مقياس الذكاء الوجداني(EI) طولياً مع النسخة المنقحة لمقياس تأثير الحدث-IES) R). ولقد أظهرت النتائج أن الذكاء الوجداني يمكن أن يكون عاملاً منبئاً بحدوث اضطراب ضغوط مابعد الصدمة، وأن الأحداث الصادمة يكون تأثيرها أقوى على الإناث منه على الذكور، كما أسفرت النتائج عن ارتفاع درجة الذكاء الوجداني لدى الذكور مقارنةً بالإناث.

(Nigel Hunt & Dee Evans, 2004, p.791-798).

15- دراسة ناعومي برسلاو وفيكتوريا لوسيا وجيرمن لفارادو Naomi Breslau,Victoria C.Lucia and German F.A.Lvarado,(2006):

وهدفت هذه الدراسة إلى الفحص الوقائى لما إذا كان لكل من الذكاء الوجداني واضطرابات القلق والتعامل مع المشكلات في الطفولة عامل خطر مؤثر لحدوث اضطراب ضغوط مابعد الصدمة والتعرض للأحداث الصادمة، من خلال دراسة طولية على عينة تم اختيارها عشوائياً من عمر6سنوات وحتى17سنة، وتم اختيارهم من قوائم مواليد عام1983-1985 لمستشفيين من أحد أكبر المستشفيات في جنوب ميتشجن، وكانت العينة قوامها713فرداً. ولقد اعتمدت مخرجات الدراسة على التعرض المتراكم لأحداث صادمة مقننة حتى عمر17عاماً، وكذلك الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM IV لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة بين المشتركين الذين أخبروا واحدة أو أكثر من الأحداث الصادمة. ولقد أسفرت النتائج عن الدور المهم للذكاء الوجداني في مواجهة التعرض للخبرات الصادمة وتأثيرها على اضطراب ضغوط مابعد الصدمة، وتشير الدراسة إلى الحاجة إلى بحث أثر العمليات المعرفية في استجابات الأفراد للخبرات الصادمة وتدخل الذكاء العام في هذه العمليات.

(Naomi Breslau,etal., 2006, p.1238-1245)

16- دراسة ويليام كريمن وآخرين William S.Kremen,et al.,(2007):

أجرى كل من William S.Kremen,Karestan C.Koenen Crowin Boake,Shann Purcell,Seth A.Eisen,Carol E.Franz,Ming T.Tsuang and Michael J.Lyons عام2007دراسة هدفت إلى تحديد ما إذا كانت القدرة المعرفية قبل التعرض للصدمة ترتبط بخطورة الإصابة باضطراب ضغوط مابعد الصدمة، وكذلك تحديد ما إذا كان هذا الخطر له أصول جينية. ولقد اعتمدت الدراسة في قياس القدرة المعرفية على اختبار كفاءة القوى الحربية Armed Forces Qualification Test، أما تشخيص اضطراب ضغوط مابعد الصدمة؛ فلقد تم من خلال المقابلات البنائية. ولقد أشارت النتائج إلى أن القدرة المعرفية قبل التعرض للصدمة هي عامل خطر أو حماية من اضطرابPTSD؛ فالقدرة المعرفية المنخفضة قد تكون علامة لمواجهة أقل توافقاً للأحداث الصادمة الشديدة.(William S.Kremen,et al.,2007,p.361-368)

17- دراسة باركر وآخرين L.Parker,et al.,(2008):

أجرى كل من L.Parker,M.Vythilingam,M.Oke and J.Gill عام2008 دراسة هدفت إلى فحص الارتباط بين الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة، ولقد تم المقارنة بين (55) مريضاً باضطراب ضغوط مابعد الصدمةPTSD و(61) متحكمين بالصدمة و(45)غير مسيطرين عليها، وذلك باستخدام مقياس ماير وسالوفي وكارزو للذكاء الوجداني(MSCEIT). ولقد أسفرت النتائج عن أن مرضى اضطرابPTSD هم الأقل في الذكاء الوجداني بالمقارنة بالمجموعات الأخرى وذلك بدرجة جوهرية دالة إحصائياً.(Jessica Gill,2008,Neu.44)

18- دراسة كريستينا ساميوس وآخرين Christina Samios, et al.,(2009):

أجرى كل من Christina Samios, Kenneth I.Pakenham, and Kate Sofronoff عام2009 دراسة هدفت إلى فحص شخصية 220من آباء الأطفال المصابين بزملة اسبرجر بواسطة مقياس متعدد البنود لهؤلاء الآباء ، وفحص العلاقة بين طبيعة الشخصية لديهم وبين المؤشرات السلبية والإيجابية للتوافق النفسي والتغلب على الأزمة. ولقد تبين من نتائج التحليل العاملي وجود بعض العوامل في الشخصية، والتي ترتبط بالمؤشرات السلبية والإيجابية للتوافق النفسي لدى هؤلاء الآباء ؛ وهي : الطموح المتجدد ، نمو الشخصية، التقدير، النضج الوجداني، القدرة على التأثير الإيجابي في الطفل ، والقدرة على تفهم الطفل وتقبله.(Christina Samios,etal., 2009, P.358-374)

19- دراسة بول فريوين وآخرون Paul A.Frewen, et al.,(2010):

أجرى كل من Paul A.Frewen, David J.A.Dozois, Richard W.J.Neufeld, Maria Densmore, Todd K.Stevens, and Ruth A.Lanius عام 2010 دراسة هدفت إلى فحص استجابات الإناث اللاتي يعانين من اضطراب ضغوط مابعد الصدمة للجوانب الانفعالية والاجتماعية ؛ من خلال استجابات سيدات مصابات وأخريات غير مصابات باضطراب ضغوط مابعد الصدمة على التقرير الذاتي والمواقف الفعلية للأحداث الاجتماعية وغير الاجتماعية ، الإيجابية منها والسلبية. ولقد أسفرت النتائج عن أن السيدات اللاتي يعانين من هذا الاضطراب قد أظهرن تأثيراً إيجابياً منخفضاً في الاستجابة إلى الأحداث الإيجابية ، وتأثير سلبي مرتفع وتجنب وجداني أثناء الاستجابة لصور كل من الأحداث الإيجابية والسلبية للمواقف الاجتماعية ، بعكس العينة الضابطة (غير المصابات باضطراب ضغوط مابعد الصدمة) .(Paul A.Frewen,et al., 2010,P.145-157)

ثانياً: الدراسات التى تناولت العلاقة بين الإعاقة العقلية للطفل وانخفاض الصحة النفسية للوالدين، والصدمة النفسية لهما:

1- دراسة فاربر Farber,(1959):

وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر الإعاقة العقلية للأبناء على العلاقات الأسرية بوجه عام، وبعض العوامل الاجتماعية الأخرى؛ مثل سبب الإعاقة والجنس وترتيب الطفل. وقد بلغ عدد أفراد العينة (240)تلميذاً. ولقد كان من نتائج الدراسة أن الحياة الأسرية تصبح عرضة للمشكلات بسبب الإعاقة العقلية ويسهم جنس الطفل في تحديدها، وكذلك من نتائج الدراسة أن الفترة الزمنية الطويلة التي يمكثها الطفل المعاق عقلياً في المنزل تؤدي دوراً سلبياً على أسرته.

2- دراسة واسبرن Waisbren,(1980):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المشاعر التي يتعرض لها الوالدان عند ولادة طفل معاق عقلياً، وأثر ذلك على علاقات الآباء. ولقد تكونت العينة من (30) أسرة لديهم أطفال معاقين عقلياً. وقد استخدمت الدراسة أسلوب المقابلة الشخصية وطريقة الاستبيان. وقد دلت النتائج على شعور الآباء باليأس والحزن والغضب والرفض للطفل المعاق عقلياً، بالإضافة إلى الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على التخطيط للمستقبل، وكذلك انعكاس الحالة النفسية على صحة هؤلاء الآباء.

(سهام السلاموني،2006 ،ص:90،91)

3- دراسة فوزي شاكر طعيمة(1984):

والهدف من هذه الدراسة هو التعرف إلى أثر وجود طفل معاق عقلياً في الأسرة على أتجاهات الآباء والأمهات نحو الإعاقة. وقد تكونت العينة من(270) أباً وأماً مقسمة إلى: (135) أباً وأماً لديهم طفل معاق عقلياً، و(135) أباً وأماً لديهم أطفال عاديين. وقد استخدم مقياس تيمشوك Tymchuck. ومن

أهم النتائج التي تم التوصل إليها أن استجابات آباء الأطفال العاديين أكثر إيجابية من آباء الأطفال المعاقين عقلياً.(سهام السلاموني، 2006،ص:93)

4- دراسة روش ديبرا(1984)Rouch Debra:

وتهدف هذه الدراسة إلى مقارنة الضغوط الوالدية لدى والدي ثلاث فئات من الأطفال: إعاقات جسمية ونشاط زائد وأطفال عاديين. وقد أجريت الدراسة على عينة من(20) أباً وأماً لكل مجموعة من المجموعات الثلاثة. وقد استخدم الباحث مقياساً للضغوط الوالدية، كما استخدم مقياساً للاتجاهات الوالدية نحو الأطفال. وقد أسفرت النتائج عن أن آباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والنشاط الزائد يشعرون بضغوط نفسية أكثر من العاديين.

5- دراسة دونوفا(1985)Donova,:

وهدفت هذه الدراسة التعرف إلى مستوى الضغوط لأمهات ثلاث فئات من الأطفال: توحديين ومعاقين عقلياً وأسوياء. وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (108) أُسَرمن الفئات الثلاثة. وقد استخدم مقياس للضغوط النفسية طبق على أمهات الأطفال. وقد أسفرت النتائج عن أن ضغوط أمهات التوحديين أكثر من ضغوط أمهات المعاقين عقلياً، وأن أمهات الفئتين السابقتين يعانين من الضغوط بشكل أكبر مقارنةً بأمهات الأسوياء.

6- دراسة دافيس وجلين(1986)Davis and G.Robert:

وتهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والمساندة الاجتماعية، وضغوط أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ،وبعض المتغيرات (التوافق الشخصي، والتوافق الزواجي، وسلوك الطفل). وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (60) أماً لأطفال معاقين عقلياً، وقد استخدم الباحثون مقياساً للضغوط الوالدية. ولقد أسفرت النتائج عن وجود ارتباط عكسي قوي بين الضغوط الملقاة على عاتق الأم وبين التوافق الزواجي، كما وجد ارتباط عكسي بين المساندة الأسرية للأم وبين الضغوط التي تعاني منها الأم، كما وجد ارتباط طردي بين المساندة الأسرية والتوافق الزواجي للأم.

7- دراسة بورتان(1986)Burtan,:

وتهدف الدراسة إلى بحث تأثير مجموعة من العوامل على الضغوط الملقاة على عاتق أمهات الأطفال (عمر الطفل، ووجود إعاقة، والصحة النفسية والمساندة الانفعالية للأم). وقد اشتملت عينة الدراسة على(73) أماً لأطفال معاقين عقلياً ، و(60) أماً لأطفال عاديين. وقد أسفرت الدراسة عن أن وجود الإعاقة والمشكلات السلوكية للطفل والصحة النفسية والمساندة الانفعالية للأم ترتبط بواحد أو أكثر من الضغوط التي تواجهها الأم.(دعاء عوض،1999،ص:95-97)

8- دراسة إدن(1986)Eden,:

وهدفت الدراسة إلى تقصي ردود الفعل لدى الوالدين اللذين لديهما طفل معاق عقلياً، وكذلك تحسين ردود الفعل لتصبح أكثر موضوعية. وقد كانت العينة مكونة من (30) أسرة لديها طفل معاق عقلياً. وقد أظهرت النتائج أن 90%من الإجابات تحمل عدم التصديق والإنكار لإعاقة الطفل، وأن الأتصال المبكر بالوالدين يؤدي إلى إمكانية تحسين ردود الفعل وجعلها أكثر إيجابية؛ حيث يصبحون أكثر تفهماً لمشاعر أطفالهم.(سهام السلاموني ،2006،ص:94)

9- دراسة وولمان(1991)Woolman,:

وتهدف إلى دراسة سوء التوافق بين الزوجين وعلاقته بولادة طفل متأخر عقلياً، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (75) من الأزواج الذين لديهم طفل متأخر عقلياً. وقد استخدمت الدراسة مقياساً للتوافق الأسري، ومقياساً للنزاعات الأسرية.

ولقد توصلت الدراسة إلى أن الخلافات بين الزوجين نتيجة لوجود طفل متأخر عقلياً ترجع إلى مشاعر الفشل وخيبة الأمل، وأنه كلما استطاعت الأسرة تفهم حالة الطفل المتأخر عقلياً تخلصت من الخلافات الزوجية واستمتعت بالقيام بمسؤلياتها نحو الطفل المتأخر عقلياً.(حمدى زيدان،2006،ص:109)

10- دراسة هيرمان Herman , (1992) :

يشير هيرمان إلى أن أسر الأطفال التوحديين يخبرون استجابة صدمية بصورة متكررة خلال دورة حياة أطفالهم Life Cycle ، ويعانون عادةً من أعراض الصدمة ، وكذلك فإن عائلاتهم الممتدة وأصدقاءهم وزملاءهم يشعرون بالانزعاج من الطفل ، ولذلك تميل أسرة الطفل للعزلة فى مقابل الخوف والغضب والقلق .ويلاحظ أن تفهم الاستجابات لهذه الأسر ، والتى تؤثر على جوانب حياتهم ، ومشاركتهم فيها هو مركز عملية الشفاء.(www.SpecialFamilies.com)

11- دراسة جمال حمزة(1993):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أثر وجود ابن معاق عقلياً على والديه، وقد اشتملت العينة على (50) تلميذاً معاقاً عقلياً. وقد كانت من نتائج الدراسة؛ شعور الوالدين بالحزن وخيبة الأمل والضيق واليأس من وجود طفل معاق عقلياً.(سهام السلاموني، 2006،ص:96)

12-دراسة أندرسونAnderson,(1993):

أشارت هذه الدراسة إلى أن أسر الأطفال المعاقين يعانون من ظروف نفسية سيئة ، حيث تسبب الإعاقة حالة من القلق والتوترات المستمرة ، والاكتئاب الشديد لدى جميع أفراد الأسرة ، كما أكدت الدراسة على أن الأمهات هن الأكثر قلقاً وتأثراً من باقى أفراد الأسرة (محمد شاهين،2002، ص: 88)

13- دراسة جونزJones,(1996):

وتهدف إلى تقييم العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوافق الزواجي ل84 أسرة يعاني أطفالهم من التأخر العقلي.وقد استخدم الباحث عينة من آباء وأمهات أطفال متأخرين عقلياً مستخدماً مقياس قلق الحالة والسمة. ولقد تبين أن الأمهات يسجلن على مقياس الدراسة نسبة تقترب من المستوى العادي، في حين يسجل الآباء نسبة منخفضة جداً ولاتتغير بالرغم من حدوث تغير مستمر نحو التوافق الزواجي، مع شعور مرتفع بالاكتئاب.(حمدى زيدان ،2006،ص:98)

14- دراسة منى صبحي الحديدي(1996):

والهدف من الدراسة معرفة أثر إعاقة الطفل على أسرته، وقد تكونت العينة من(72) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم بين 3-8 سنوات وآبائهم.وقد كانت الأدوات مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري. ومن أهم النتائج أن آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً قد أفادوا بأن إعاقة أطفالهم ذات تأثير سلبي على الأسرة عامة.(سهام السلاموني،2006،ص:98)

15- دراسة نادية إبراهيم عبد القادر(1997):

هدفت هذه الدراسة إلى بحث الضغوط الوالدية في أسر الأطفال المصابين بالتوحد للتعرف إلى العلاقة بين هذا الاضطراب والضغوط الوالدية مقارنةً بالضغوط في أسر الأطفال العاديين، وقد تكونت العينة من(40)طفلاً توحدياً، ومجموعة من الأطفال العاديين. وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين الضغوط الوالدية المرتفعة عند أسر الأطفال التوحديين.(سهى نصر،ص:166،165)

16- دراسة كوبرCooper,(1998):

وتهدف إلى دراسة مدى تأثير حالة التأخر العقلي على نظام الأسرة ووظائفها. وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من(150) أسرة من أسر الأطفال المتأخرين عقلياً. وقد استخدم الباحث مقياساً للكفاءة

الأسرية . ولقد أسفرت النتائج عن أن حالة التأخر العقلي تغير مجرى حياة الأسرة، مما يكون له تأثيرات سلبية متعددة على علاقة الوالدين بعضهم ببعض، وعلاقتهما بالأبناء، وعلاقة الأبناء بعضهم ببعض، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين التوافق الزواجي للزوجين وسلوكيات أبنائهما تجاه بعضهم بعضاً.(حمدى زيدان،2006،ص:113)

17- دراسة ميلر وسامونز(Miller and Sammons,(1999:

وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه من أهم الأسباب التى تسببب الانعصاب والصدمة لأسرة الطفل التوحدى هى نقص الوعى العام عن الاضطراب في المجتمع ، فالطفل التوحدى لا تظهر عليه أية أعراض جسمية تدل على أن لديه إعاقة ، وعندما تحاول الأسرة أن تخرج بالطفل للمجتمع ، فإنهم يشعرون بالخجل من الطفل لقيامه ببعض السلوكيات الشاذة . ويميل بعض الناس إلى إلقاء اللوم على والدي الطفل على هذه السلوكيات ، وهذا الحكم والرفض الاجتماعى قد يتسبب فى أن يعزل الوالدان أنفسهما وطفلهما عن المجتمع .(www.specialfamilies.com)

18- دراسة ووكر(Wooker S.,(2001:

وتهدف إلى معرفة العلاقة بين الضغوط الخارجية وزيادة حدة المشكلات الأسرية للنزاعات الزواجية لدى أسر الأطفال المعاقين. وطبقت الدراسة على عينة من أسر الأطفال المعاقين من جميع فئات الإعاقة، وقد استخدم الباحث مقياساً للضغوط الخارجية على الأسرة، ومقياساً آخر للمشكلات الأسرية . وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة إحصائية دالة بين الضغوط الخارجية وزيادة حدة المشكلات الأسرية لدى أسر الأطفال المعاقين، وقد فسر الباحث ذلك بأن الطفل المتأخر عقلياً يشكل ضغطاً خارجياً على الأسرة فيما يتعلق بالعامل الاقتصادى والنفقات المالية التي تحتاجها الأسرة من أجل رعايته وتأهيله، مما يستنزف دخل الأسرة ويزيد من حدة المشكلات الأسرية والنزاعات الزواجية.(حمدي زيدان،2006،ص:116،115)

19-دراسة ماريون أوبرين(Marion Obrien,(2007:

أجرى M.Obrien دراسته على أمهات الأطفال التوحديين ، ولقد توصل إلى أنهن يعانين من مجموعة من الأفكار والمشاعر المعقدة التى يسببها اكتشافهن أن أطفالهن يختلفون عما كن يتوقعن ، وأطلق على هذه الأفكار والمشاعر مصطلح الفقد الغامض للطفل Ambiguous Loss وهذا الشعور يؤدي إلى زيادة معدل الاكتئاب لديهن.(www.autism.com)

20- دراسة جاسون براون و سوزان رودجر Jason D.Brown & Susan Rodger,(2009):

وهدفت هذه الدراسة التعرف إلى المشكلات التي يتعرض لها الآباء ذوو الأطفال المعاقين ، من خلال تطبيق استبيان لهذه المشكلات على (85) أسرة ، ولقد أسفرت النتائج عن تركز المشكلات حول تكلفة الخدمات التخصصية والتأهيلية للطفل ، والتعامل مع تحديات الطفل السلوكية ، وكيفية تدريبه على رعاية ذاته ، واتباع القواعد المتعددة ، وتنظيم الرعاية الصحية الملائمة ؛ مما يضغط على الآباء ويؤثر على حالتهم النفسية.(Jason D.Brown& Susan Rodger, 2009, P.40-46)

21- دراسة آرون ريسش وآخرين (J.Aaron Resch, et al.,(2010:

أجرى كل من J.Aaron Resch, Gerardo Mireles, Michael R.Benz, Cheryl Grenwelge, Rick Peterson, and Dalun Zhang عام2010 دراسة هدفت إلى فحص المصادر المحددة للتحديات التي يواجهها آباء الأطفال المعاقين ، وأجريت هذه الدراسة على (40) من الآباء لهؤلاء الأطفال . ولقد أسفرت النتائج عن أن هناك عوامل ملحة وضرورية ترتبط بالصحة

النفسية لآباء الأطفال المعاقين ؛ وهي : القدرة على الوصول إلى المعلومات والخدمات ، والإمكانيات المادية ، والدعم من المدرسة والمجتمع ، والمساندة الأسرية.
وهذه التحديات التي يواجهها الآباء تؤثر على صحتهم النفسية.
(J.Aaron Resch,etal., 2010, P.139-150)

<u>ثالثاً: الدراسات التي تناولت فعالية البرامج الإرشادية في رفع الصحة النفسية لدى والدى الطفل المعاق عقلياً:</u>

1- دراسة هانز ليك(Hanz Lik,(1986:
وتهدف الدراسة التعرف إلى الفروق بين أمهات الأطفال المعاقين والعاديين من حيث قابليتهم للتوجيه وكذلك توافقهن مع أطفالهن. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من(40) أماً لأطفال هاتين الفئتين. وأسفرت النتائج عن أن أمهات الأطفال المعاقين أقل في مستويات السلوك والتفاعل اللفظي مقارنة بعينة الأطفال العاديين.(دعاء عوض،1999،ص:100)

2- دراسة جيمس(James I.,(1997:
وتهدف إلى تقرير إمكانية تخفيف القلق والضغوط لأسر الأطفال المتأخرين عقلياً عن طريق العلاج العقلاني الانفعالي. وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثين أسرة يعاني أطفالها من التأخر العقلي، وقد استمرت فترة العلاج (16) أسبوعاً، واستخدم الباحث مقياساً للقلق {قلق الحالة والسمة} ومقياس نفسي غير مباشر خاص بمعدلات الدم باعتباره مؤشراً للإجهاد النفسي. وقد توصلت النتائج إلى إمكانية تخفيف الضغوط النفسية والقلق والإجهاد النفسي لأسر الأطفال المتأخرين عقلياً عن طريق الإرشاد العقلاني الانفعالي؛ حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي.(حمدي زيدان،2006،ص:111،112)

3- دراسة سلامة منصور(1999):
وتهدف إلى دراسة دور الإرشاد الوالدي في رعاية الأطفال المعاقين عقلياً، وقد طبقت الدراسة على عينة من(20) أسرة لأطفال معاقين، وقد استخدم الباحث برنامجاً إرشادياً باستخدام أساليب المناقشة الجماعية والإرشاد الفردي والسيكودراما. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأسرة التي لديها طفل متأخر عقلياً تعاني من عدد من المشكلات التي تعوقها عن القيام بأدوارها مثل الخلافات الزواجية، وعدم تقبل الأسرة للطفل، وخجل الأسرة من الظهور أمام الآخرين؛ ويساعد الإرشاد الأسري على التخلص من هذه المشكلات حتى يمكن للأسرة أن تتحمل مسؤلية الطفل المتأخر عقلياً.
(حمدي زيدان، 2006،ص:102)

4- دراسة بيلر(Belier T.,(2001:
وتهدف الدراسة إلى اختبار فعالية العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة الوالدين الذين لديهما طفل متأخرعقلياً على التغلب على مشكلاتهما الزواجية. ولقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (30) أسرة من أسر الأطفال المتأخرين عقلياً مقسمة إلى ثلاث مجموعات؛ مجموعة تجريبية ومجموعتين ضابطتين. وقد استخدم الباحث مقياساً للمشكلات الزواجية، وقد صمم الباحث برنامجاً علاجياً مرتكزاً على العلاج السلوكي المعرفي. وقد توصل الباحث إلى أنه توجد فروق إحصائية دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية على مقياس الدراسة.
(حمدي زيدان، 2006،ص:115،114).

5- دراسة ديكسون(Dixon,(2003:

وتهدف إلى استخدام العلاج المتمركز حول الأسرة باعتباره أحد أشكال العلاج الأسري وتقديمه بطريقة الفترات المنتظمة لمواجهة المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المتأخرين عقلياً، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها(31) أسرة من أسر الأطفال المتأخرين عقلياً، وقد استخدم الباحث مقياساً للتوافق الأسري ومقياساً آخر للقلق. وقد توصل الباحث إلى أنه توجد فروق إحصائية دالة بين عينة الدراسة على مقياس التوافق الأسري لصالح القياس البعدي.(حمدي زيدان،2006،ص:117)

6- دراسة باولا سكنر وماثيو فريدمان وآخرين Paula P.Schnurr,Matthew J.Friedman,et al.,(2007):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة التعرض الممتد أو المطول، ونوع من العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج المتمركز حول العميل والتدخل التدعيمي لعلاج اضطرابات ضغوط مابعد الصدمة ولقد اختيرت العينة عشوائياً من إناث متمرسات في الحروب بلغ عددهن(277) مشاركة تم اختيار سبع سيدات منهن للبرنامج العلاجي ، ولقد تم تجميع العينة من 9 مراكز طبية ومركز إرشاد ومستشفى عسكرية. ولقد اعتمدت الدراسة على مسح لأعراض اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وكذلك على آراء محكمين موضوعيين قبل تلقي العلاج وبعده. ولقد توصلت النتائج إلى أن العلاج بالتعرض الممتدProlonged exposure هو علاج فعال لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة للإناث المتمرسات في الحروب.(Paula P.Schnur,etal., 2007, p.820-830)

<u>تعقيب على الدراسات السابقة :</u>

يمكن تقسيم الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور:

المحور الأول : يتناول العلاقة بين الذكاء الوجدانى والاضطرابات النفسية وتحمل الضغوط ، ولقد ركزت نتائج الدراسات فى هذا المحور على العلاقة السالبة بين الذكاء الوجدانى والاكتئاب والقلق والأعراض الأخرى التى تكون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، ومن ناحية أخرى أكدت على أهمية الذكاء الوجدانى فى تحسين الصحة النفسية وتحقيق التوافق ومواجهة الضغوط.

أما المحور الثانى : فيتناول العلاقة بين إعاقة الطفل وحدوث عدد من الاضطرابات النفسية للوالدين - ولا سيما الأم – وانخفاض الصحة النفسية لهما وصدمتهما.

أما المحور الثالث : فيتناول مدى فعالية البرامج الإرشادية الأسرية في تحسين الصحة النفسية للآباء وإعانتهم على تحمل الضغوط التي تفرضها عليهم إعاقة أبنائهم.

والجدير بالذكر ، أن الدراسات التي تناولت الضغوط الناتجة عن إصابة الطفل بالتوحد تعد نادرة مقارنة بالإعاقات الأخرى التي تصيب الأطفال. ومن أبرز الدراسات التي تناولت الضغوط الواقعة على والدي الطفل التوحدي دراسة سايمونسون 1981، ودراسة دونوفا 1985،و دراسة هيرمان1992،و دراسة نادية إبراهيم 1997،و دراسة ميلر وساموئز 1999،و دراسة ماريون أوبرين 2007.

**** في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ستقوم الباحثة بصياغة فروض الدراسة الحالية وهى :***

فروض الدراسة

1- توجد فروق دالة إحصائياً في الذكاء الوجداني لدى أمهات الأطفال التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده.

2- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادى وبعده.

3- توجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى تقدير الأمهات للمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادى وبعده.

4- يوجد ارتباط جوهري سالب بين الذكاء الوجدانى واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال التوحديين.

5- يوجد ارتباط جوهري سالب بين الذكاء الوجداني وتقدير الأمهات للاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين.

6- يوجد ارتباط جوهري موجب بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وتقدير الأمهات للاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين.

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

يتناول هذا الفصل الدراسة الميدانية من حيث مناقشة منهج وعينة البحث وأدواته، والإجراءات والخطوات المتبعة في هذا البحث.

1- منهج البحث:

المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبي ، اعتماداً على تحديد عينة واحدة متجانسة من أمهات الأطفال التوحديين ، وذلك لتثبيت المتغير التصنيفي (الطفل التوحدي) لدى جميع أفراد العينة ، وقياس متغيرات البحث المراد دراسة العلاقة بينهما وتأثير المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) على المتغير التابع (الذكاء الوجداني) ثم تنفيذ البرنامج الإرشادى التدخلى وقياس متغيرى الدراسة فى نهاية هذا البرنامج وعمل مقارنة بين القياس القبلى والبعدى.

2-عينة البحث:

تكونت عينة البحث الحالي من (35) أماً لأطفال توحديين؛ تم جمعهن من المراكز والمؤسسات التالية:
مركز ميامي للرعاية الخاصة- اتحاد الأطباء العرب- مركز سيتي (كاريتاس مصر)- مركز الأندلس- مستشفى التأمين الصحي بفيكتوريا.
كما تكونت العينة التي طبق عليها البرنامج الإرشادي من (10) أمهات؛ واللاتي تم اختيارهن من العينة الرئيسية بناءً على درجاتهن في بطارية المقاييس.
- ولقد راعت الباحثة ضبط بعض المتغيرات التصنيفية أثناء اختيار عينة البحث؛ حتى يتفق جميع أفراد العينة في خصائصها ولاتتدخل هذه المتغيرات وتؤثر على المتغير التابع.

ومن هذه الخصائص التي تم ضبطها:

1) الجنس:

حيث كان جميع أفراد العينة من الإناث (أمهات الأطفال).

2) السن:

حيث تراوحت أعمار الأمهات مابين (30-45عاماً).

3) المستوى التعليمي:

حيث كن جميعهن من ذوات التعليم فوق المتوسط والعالي.

4) البيانات الديموجرافية والاجتماعية:

حيث راعت الباحثة أن يتشابه أفراد العينة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وأن تكون الأمهات جميعاً متشابهات في الحالة الاجتماعية؛ وتم استبعاد المطلقات والأرامل لاحتمالية تدخل هذه الأحداث، وتأثيرها على الصحة النفسية للأم.

5) الحدث الصادم:

وهو إصابة الطفل بالتوحد؛ حيث كانت جميع الأمهات في العينة لديهن طفل توحدي.
- وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس كارز على الأطفال للتأكد من إصابتهم بإعاقة التوحد وتحديد الدرجة المعيارية للإصابة لدى كل طفل.

3- أدوات البحث:

لقد تم استخدام بطارية من المقاييس في هذا البحث؛ وهي:

1- مقياس الذكاء الوجداني، إعداد نورة خليل.
2- مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة المعدل، ترجمة أحمد محمد عبد الخالق.
3- مقياس المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل من وجهة نظر الأمهات اللاتي لديهن طفل توحدي، إعداد عبد الفتاح دويدار.

- بالإضافة إلى استمارة البيانات الشخصية لأمهات أفراد عينة البحث.
- كما تم تطبيق برنامج إرشادي معرفي لتنمية الذكاء الوجداني، إعداد الباحثة.

وسوف تعرض الباحثة هذه الأدوات المستخدمة في البحث الحالي، من خلال تقديم وصف لتلك الأدوات؛ وذلك على النحو التالي:

أولاً: مقياس الذكاء الوجداني Emotional Intelligence Scale :

أعد هذا المقياس نورة خليل في رسالتها للماجستير عام 2009.
ويتكون من (50) بنداً خصص عشرة بنود منها لكل محور من محاور الذكاء الوجداني، وهي: الوعي بالذات- وإدارة الانفعالات- والدافعية- والتعاطف- والتواصل الاجتماعي.
وتضمنت تعليمات المقياس أن توضع دائرة حول درجة من درجات تتراوح بين1-5 وذلك على كل بند، وتصحح بنود المقياس في إتجاه الذكاء الوجداني.

وقد تم تقدير صدق المقياس من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي بين بنود كل محور وبين الدرجة الكلية(معامل ارتباط الدرجة الكلية مع الوعي بالذات=0,833،ومع إدارة الانفعالات=0,670 ،ومع الدافعية=0,764 ،ومع التعاطف=0,751 ، ومع التواصل الاجتماعي=0,811) وكذلك الصدق العاملي لمحاور المقياس، ولقد كانت معاملات الصدق مرتفعة ودالة عند نسبة 01, .
كما تم حساب ثبات المقياس من خلال التجزئة النصفية (لجوتمان)(ر=0,865)، وكذلك عن طريق معاملات ارتباط ألفا كرونباخ(ر=0,764). ويلاحظ أن معاملات الثبات مرتفعة، مما يدل على الاتساق والثبات المرتفع لبنود المقياس. (نورة خليل،2009،ص:125-129).

ثانياً: مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة المعدل Modified PTSD Symptom Scale-Self Report(MPSS-SR)

هذا المقياس من وضع كل من: "شيري فالسيتي، وهايدي ريزنيك، وباتريشيا رزيك، ودين كيلباتريك" Falsetti,Resnick,Resick&Kilpatrick,1993 ومن تعريب أحمد محمد عبد الخالق بتصريح من مؤلفيه.
ويشتمل هذا المقياس على 17بنداً ، تتطابق مع محكات الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.
ويقدر هذا المقياس كلا ًمن التكرار Frequency ، والشدة Intensity.
ويتراوح مدى الدرجات بين صفر-51 (التكرار)، وصفر-68 (الشدة)، وصفر-119 (الدرجة الكلية).
وتتاح درجات فاصلة cut-off scores للمقياس.

ولهذا المقياس اتساق داخلي جيد، فوصل معامل ألفا للدرجة الكلية على المقياس إلى 0,96 للعينة التي تعالج، و0,97 لمجموعة مجتمعية. وللمقياس أيضا ً صدق تلازمي جيد.

ويصلح هذا المقياس للاستخدام مع المجموعات الإكلينيكية لتحديد أعراض اضطراب الضغوط ، ويمكن أن يستخدم كذلك أداة للفرز Screening tool، ولالتقاط التقدم في علاج ضحايا مختلف الحوادث الصدمية، وهو سهل الاستخدام في التطبيق والتصحيح. (أحمد عبد الخالق،1998،ص:205)

ثالثاً: مقياس المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل من وجهة نظر الأمهات اللاتي لديهن طفل توحدي:

أعد هذا المقياس عبد الفتاح دويدار.
ويتكون المقياس من (35) بنداً يجيب عنها المفحوص من خلال أحد الاحتمالات التالية: أبداً - أحياناً - كثيراً.
ويصحح المقياس بوضع درجة (صفر) للإجابة أبداً، ودرجة (واحد) للإجابة أحياناً، ودرجة (اثنين) للإجابة دائماً.
وتعد درجة 28 فأكثر دالة على وجود مشاكل نفسية واجتماعية لدى الطفل من وجهة نظر الأم.
ولهذا المقياس صدق وثبات مرتفعان.

رابعاً: البرنامج الإرشادي المعرفي لتنمية الذكاء الوجداني:

يهدف البرنامج إلى تنمية الذكاء الوجداني ومعرفة فاعليته في تخفيف حدة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى الأمهات اللاتي لديهن طفل توحدي.

الأهداف العامة للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى قياس فاعليته في تخفيف حدة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين من خلال إعادة ترميم البنية المعرفية للأمهات وتنمية وعي الأم بذاتها ، وتدريبها على ضبط انفعالاتها، وزيادة دافعيتها، وتعاطفها مع الآخرين، وقدرتها على إدارة العلاقات والتواصل مع الآخرين.

الأهداف الإجرائية الخاصة بالبرنامج:

1- تنمية وعي الأمهات بحقيقة التوحد وكيفية التعامل مع الطفل التوحدي وتقبله.
2- تنمية الوعي الذاتي لدى الأمهات.
3- تنمية التحكم وضبط وإدارة الانفعالات.
4- تدريب الأمهات على ضبط الانفعالات والتغلب عليها باستخدام تدريبات الاسترخاء.
5- تنمية الدافعية لدى الأمهات.
6- تنمية التعاطف مع الآخرين.
7- تنمية التواصل وإدارة العلاقات مع الآخرين.
8- تدريب الأمهات على إعادة البناء المعرفي والتفكير العقلاني.

خطوات إعداد البرنامج:

اعتمدت الباحثة في إعداد هذا البرنامج على مجموعة من الاعتبارات النظرية والتطبيقية والدراسات السابقة والبحوث ذات الصلة بموضوع البحث الحالي.
وقد اعتمدت الباحثة في تصميمها للبرنامج على الأبعاد الخمسة (التى تم تحديدها بناء على الإطار النظري) للذكاء الوجداني؛ وهي:

أ- الوعي بالذات Self- Awareness:

ويعني ملاحظة الفرد لذاته والتعرف إلى مشاعره كما تحدث.

ولقد ذكر كل من ماير وسالوفي أن الناس يميلون لاتباع أساليب متميزة للعناية بانفعالاتهم والتعامل معها كالتالي:

1- الواعي بالذات: وهو ذلك الفرد الذي يدرك حالته النفسية في أثناء معايشتها ، ويميل للنظر للحياة بنظرة إيجابية، وعندما يتعكر مزاجه فهو قادر على الخروج من مزاجه السيئ في أسرع وقت.
2- الغارق في انفعالاته: وهو الذي يشعر غالباً بأنه غارق في انفعالاته عاجز عن الخروج منها، فهو يشعر بعجزه عن التحكم في حياته الانفعالية وهو فاقد السيطرة علي عواطفه وانفعالاته.
3- المتقبل لانفعالاته: وهو ذلك الفرد الذي يتقبل حياته دون محاولة تغييرها.

ومن واجبنا باعتبارنا اختصاصيين نفسيين تنمية الوعي بالذات لدى الأفراد وجعلهم ينتمون للنوع الأول ، وهم الواعون بأنفسهم.

ب- ضبط الانفعالات Controlling Emotions:

ويقصد به ترو الفرد وتحكمه في انفعالاته وضبط دوافعه من خلال أنماط سلوكية تعد مقبولة اجتماعياً، والتعبير عن المشاعر السلبية مثل الضيق والغضب والحزن، بطريقة إيجابية لاينتج عنها أذى أو ضرر بالآخرين وذلك في مواقف التعامل معهم.
ويحدد هندري ويزنجر(2000) أربعة عوامل أساسية تؤثر في منظومة الانفعالات سلباً أو إيجابياً؛ وهي:

أ- الأفكار.
ب- التغيرات الفيسيولوجية المصاحبة للمشاعر والأفكار.
ج- النوايا والأفعال.
د- المكون البيئي لعواطف الإنسان (أي تأثير البيئة عليه).

وباستثناء العامل الأخير يستطيع الإنسان التحكم في انفعالاته باتباع عدة خطوات هي:

1- صد الأفكار السيئة.
2- الاسترخاء الذهني والعضلي.
3- التخلص من الأنماط السلوكية الضارة.

ويتضح مماسبق أن هناك استراتيجيات لإيقاف الغضب أولها هو صد وإيقاف الأفكار السيئة عند حدوثها، والتفكير الداخلي أي محاورة الفرد لنفسه ويمكنه بعد ذلك الاسترخاء وعدم التفكير في أي شئ، بالإضافة إلى عدد من الاستراتيجيات المستخدمة لإيقاف الغضب.

ج- الدافعية Motivation:

ويقصد بها المثابرة وحث النفس على الاستمرار في مواجهة الإحباط والشعور بالأمل والتفاؤل في مواجهة العقبات وبذل الجهد من أجل تحقيق الأهداف والطموحات المستقبلية.

يتضح مما سبق أن من يستطيع دفع نفسه لابد أولاً أن يشعر بذاته ويعرف ما الذي يفرحه وما الذي يغضبه ، ومن ثم يستطيع الضبط والتحكم في انفعالاته. والدافعية تعني المثابرة وتشجيع الإنسان على العمل والاستمرار فيه والقدرة على تأجيل الإشباع.(حسن عابدين،2007،ص:91-93)
وتؤثر الدوافع على عملية الانتباه والإدراك والتحليل والتذكر والتفكير والابتكار وهذه بدورها ترتبط بالتعلم وتؤثر فيه وتتأثر به، ومن ثم تعد الدافعية عاملاً أساسياً للتعلم والتحصيل والإنجاز في كافة مجالات النشاط الإنساني؛ فالدافع هو تكوين افتراضي يستدل عليه من آثاره، فهو مثير داخلي شعوري

أو لاشعوري بيولوجي أو سيكولوجي يحرك سلوك الكائن الحي ويوجهه مستهدفاً خفض حالة التوتر واستعادة التوازن البيولوجي أو النفسي.

د- التعاطف Empathy:

ويعني أنه قراءة مشاعر الآخرين من صوتهم أو تعبيرات وجوههم وليس بالضرورة ما يقولون ، وهو قدرة تتأسس على الوعي بالذات وبالانفعالات، فهو القدرة على أن يضع الطفل أو أى فرد نفسه في التصور موضع شخص آخر، وأن يتمثل مشاعره وأحاسيسه في موقف ما.
ويرى بعض الباحثين أن التعاطف يرتكز على خمسة محاور؛ هي:

1- مشاركة الآخرين مشاعر السرور.
2- مشاركة الآخرين مشاعر الحزن.
3- إيثار الآخرين على الذات.
4- السعي إلى نجدة الآخرين.
5- مشاركة الآخرين غضبهم.

ويختلف التعاطف عن التقليد أو المحاكاة Imitation، فإذا كنت تقلد الطفل فقط فإن ذلك يعرفك ماذا فعل الطفل، وليس معرفة كيف يشعر الطفل أما أن تعرف كيف تحس بمشاعره فعليك أن تعيد مشاعره الداخلية بطريقة أخرى، فحينئذ يعرف الطفل أنه مفهوم ، وممارسة الحب في حياة الراشدين أقرب ما يكون إلى هذا التعاطف الحميم بين الأم وطفلها.

هـ- إدارة العلاقات Relationships Management:

إن القدرة على إدارة العلاقات مع الآخرين تعني قدرة الفرد على ترتيب الأحداث لإسعاد الآخرين، وإخفاء الانفعالات السلبية لتجنب غضبهم، والعمل على جعل الآخرين في حالة جيدة عندما يتعرضون لمواقف صعبة.

إن القدرة على التحكم في انفعالات شخص آخر هو جوهر المهارة في العلاقات مع الآخرين، وإن فن إدارة العلاقات بين البشر يتطلب مهارتين وجدانيتين أخريين ، وهما التحكم في النفس والتعاطف، وعلى هذا الأساس تنمو مهارات البشر وتنضج وهي المهارات الاجتماعية التي تجعل التعامل مع الآخرين بكفاءة؛ وذلك لأن العجز عن امتلاك هذه الكفاءات يؤدي إلى فشل أو عجز في الحياة الاجتماعية ، أو إلى تكرار النكبات التى تحدث بين الناس.

*يتضح مما سبق أنه إذا أراد الإنسان أن يتحكم في انفعالاته فعليه أولاً الوعي بهذه الانفعالات، وإذا أراد أن يحث نفسه على المثابرة والعمل فعليه الوعي بالذات وضبطها، وإذا أراد التعاطف مع الآخرين فعليه التحكم في انفعالاته وحث نفسه على العمل، وإذا أراد أن يتعامل مع الآخرين بكفاءة فعليه ضبط النفس والتعاطف معهم، وكأن هذه الأبعاد الخمسة للذكاء الوجداني سلسلة تكمل بعضها بعضاً.
(حسن عابدين،2007 ,ص:93-95)

الحدود الإجرائية:

يتم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج الإرشادي، وهو كما يلي:

أفراد العينة:

يوجه هذا البرنامج إلى أمهات الأطفال التوحديين، اللاتى تبين من القياس القبلي للبرنامج أنهن يعانين من اضطراب ضغوط مابعد الصدمة، وكذلك نقص الذكاء الوجداني.
ويوجه البرنامج مرتين كل أسبوع في جلسات جماعية.

الحدود المكانية والزمانية للبرنامج:

- يتم تطبيق الجلسات في مركز ميامي للرعاية الخاصة.
- المدة الزمنية: تم تحديد الجلسات ب(8) جلسات بالإضافة إلي الجلسة الختامية التي يتم فيها القياس البعدي وتقييم البرنامج، وذلك بواقع جلستين أسبوعياً، وتكون مدة التطبيق شهر من بداية البرنامج الإرشادي، ويتم تحديد جلسة ختامية لمعرفة مدى فائدة البرنامج لهؤلاء الأمهات من خلال القياس البعدي لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة والذكاء الوجداني.
- و مدة كل جلسة حوالي 120 دقيقة تقريباً.

الأسلوب الإرشادي المستخدم

1- أسلوب المحاضرات والمناقشة Lectures and discussion:

وهما من أساليب الإرشاد الجماعي، التي تعتمد على عنصر التعليم وإعادة التعليم من خلال إلقاء محاضرات مبسطة على المسترشدات عن العنصر المراد تعلمه أو اكتسابه، ويتخلل المحاضرات أو يليها مناقشات جماعية حول ما دار في المحاضرات، وكذلك آراء المسترشدات وأفكارهن المستمدة من خبراتهن.
ويمكن القول أن تقديم المعلومات للأفراد عن المشكلة التى تواجههم يجعل الفرد أكثر وعياً بمشكلته وخطورتها، وبالتالي يمثل ذلك دافعاً للفرد للبحث عن طرق مواجهتها مما يساعد في نجاح الفرد في مواجهة مشكلته والتغلب عليها، كما أن المناقشة تساعد في تحسين قدرة الأفراد علي التفكير المنطقي، كما أنها تمده بخبرات الآخرين وتحقق له الدعم الاجتماعي الذي هو أحد أساليب مواجهة الضغوط النفسية؛ وذلك حين يشعر أن هناك آخرين يعانون من مشكلته نفسها ويشتركون معه في البحث عن حل لها.

2- أسلوب التفكير العقلاني:

ويقوم هذا الأسلوب على فكرة تعديل أسلوب ومحتوى معتقدات وأفكار الأفراد غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية سليمة مما يساعدهم في التعامل مع المواقف الضاغطة بشكل إيجابي يقوم على التفسير المنطقي لأي موقف أو فكرة مما يساعد الفرد في التغلب علي المواقف الضاغطة أو التوافق معها في حالة عدم القدرة على التغلب عليها.(جيهان محمود ،1999,ص:69)

وترى الباحثة أن هذا الأسلوب مفيد جداً في تنمية مهارة ضبط الانفعالات والسيطرة عليها، حيث إنها تقوم على صد الأفكار السيئة السلبية والتفكير بطريقة منطقية عقلانية إيجابية، مما يرفع من الذكاء الوجداني، حيث إن التفكير العقلاني يتيح للفرد الفرصة أن يتعامل مع أي موقف ضاغط بطريقة سليمة تؤدي إلى التغلب عليه ، أو التوافق معه.

3- أسلوب حل المشكلات:

ينظر إليه على أنه اكتساب مجموعة مناسبة من الاستجابات أو الحلول لمواقف أخرى جديدة، أو استخدام الفرد لمعارفه وخبراته السابقة ومهاراته حتى يصل إلى حل للمواقف غير المألوفة؛ حيث يقوم الفرد بتلخيص المشكلة ووضع تصور لحل المشكلة، ثم كتابة الحل ، يلي ذلك مراجعته للحل ، ثم صياغة الحل النهائي واقتراح حلول بديلة وتطبيقها في مشكلات جديدة.

4- أسلوب الاسترخاءRelaxation:

إن فنية الاسترخاء عامل مشترك في عدد من البرامج الإرشادية العلاجية، وخاصة في علاج كثير من الاستجابات الانفعالية غير المرغوب فيها.
ويعرف الاسترخاء بأنه انبساط العضلات ونقص توترها، وهو عكس الانقباض.

وترى الباحثة أنه نتيجة أن الضغوط والصدمات النفسية والأفكار السلبية ينتج عنها ردود فعل فيسيولوجية، كما ينتج ردود فعل وسلوكيات انفعالية؛ كالتوتر والعصبية، فبالتالي لابد من وجود وسيلة للتحكم في الانفعالات وضبطها، حتى لاتؤثر على قدرة الفرد في التعامل مع المواقف الصادمة والضاغطة والتفكير فيها.

ويؤكد العلماء أن الاسترخاء أحد مهارات ضبط الذات، حيث يتضمن ذلك كيفية التصرف عند الإحساس بالقلق، وكيفية مواجهة الاستثارة النفسية العصبية، والتي تسبب التوتر والإجهاد النفسي، وتدريبات الاسترخاء المتدرجة هذه تقوم على ممارسة شد وارتخاء العضلات بالتناوب في حين يركز الفرد انتباهه على مشاعره المختلفة.

5- أسلوب النمذجةModeling:

يبدأ النموذج (المعالج) بتأدية العمل المطلوب وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مرتفع مردداً التعليمات وينمذج بتعبيرات ذاتية، ثم يؤدى العميل كالنموذج، يلي ذلك عدم الإفصاح بالتعليمات بل ترديدها سراً، وتشمل التعبيرات اللفظية أسئلة وإجابات عن طبيعة العمل، وتعليمات توجه الأداء، وتدعيمات ذاتية تعين على مواجهة الإحباط والقلق وفي حالة الضغوط يأتي الدور الذي يؤديه حديث الذات في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك من خلال التأثير على عمليات الانتباه والتقدير التي يجربها الفرد حول الموقف الضاغط. (جيهان محمود،1999،ص:70،71)

محتوى البرنامج الإرشادي:

يحتوي البرنامج الإرشادي على (8) جلسات وكل جلسة بمحتوى معين؛ وذلك على النحو التالي:

الجلسة الأولى:

وتتضمن مقدمة تمهيدية عن البرنامج الإرشادي والهدف منه، وإعطاء مقدمة عن التوحد وأعراضه وكيفية الحكم عليه وتشخيصه.

الجلسة الثانية:

وتتضمن شرحاً للوعي بالذات والتدريب على ممارسة هذه القدرة وإعطاء أمثلة يظهر فيها الوعي بالذات أو يختفي منها الوعي بالذات.

الجلسة الثالثة:

وتتضمن تقديم مقدمة عن إدارة الانفعالات وكيفية تنمية هذه المهارة.

الجلسة الرابعة:

وتتضمن التعرف إلى مفهوم التفكير العقلانى والتدريب عليه، وكذلك التدريب على طرق حل المشكلات.

الجلسة الخامسة:

وتتضمن التدريب على استراتيجيات الاسترخاء المختلفة.

الجلسة السادسة:

وتتضمن تقديم أنشطة متنوعة تسهم في تنمية الدافعية، مع توضيح أهمية الدافعية والتحكم في الاندفاع وتأجيل الإشباع.

الجلسة السابعة:

وتتضمن مفهوم التعاطف وأهميته وكيفية التعبير عنه باستجابات مناسبة (لفظية- غير لفظية)، ووصف المشاعر الذاتية ومشاعر الآخرين تجاه مواقف التعاطف.

الجلسة الثامنة:

وتتضمن تقديم أنشطة متنوعة تسهم في تنمية فن إدارة العلاقات والتواصل مع الآخرين، وإقامة علاقات طيبة معهم، واستخدام الاستراتيجيات اللازمة لتحقيق الكفاءة الاجتماعية، وفهم الرسائل غير اللفظية من الآخرين.

بالإضافة إلى جلسة الإنهاء يتم فيها تقييم البرنامج الإرشادي من قبل المسترشدات وعمل القياس البعدي لمقياسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقياس الذكاء الوجداني.

وقد اهتمت الباحثة بالإجراءات الواجب مراعاتها في البرنامج الإرشادي لأمهات الأطفال التوحديين، وهي:

1- أن تكون لغة الحديث في الجلسات بعيدة عن المصطلحات الصعبة وتكون بسيطة وسهلة الفهم.
2- الحرص على عدم الإطالة في الشرح النظري عن التوحدية وخصائصها، وما إلى ذلك؛ وذلك لأنه قد يصيب بعض الأمهات بالملل أو الاكتئاب.
3- لابد من توافر لغة الحوار والمناقشة بين الباحثة والأمهات وتوضيح مدى التعاطف والتفهم لمشكلات هؤلاء الأمهات وإعطائهن فرصة للتعبير عن انفعالاتهن.

تقويم البرنامج:

اعتمدت الباحثة على نوعين من التقويم:
أولهما صدق المحكمين من خلا ل عرضه على عدد من الخبراء في علم النفس والتربية باعتبارهم محكمين ، فضلاً عن التقويم الإجرائي أثناء تنفيذ البرنامج وذلك من خلال طرح الأسئلة والمناقشة والاستماع إلى الإجابات وتعديلها إذا كانت خاطئة وتعزيزها إذا كانت صحيحة، ومن خلال إعطاء تدريبات في نهاية كل جلسة ومراجعتها للتأكد من تحقيق أهداف كل جلسة.
أما النوع الثانى من التقويم،هو التقويم النهائي أو التجميعي ؛ والذي يتم بعد انتهاء البرنامج، حيث قامت الباحثة بتطبيق مقياس الذكاء الوجداني ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ثم قارنت بين التطبيق القبلي والبعدي.

<u>4- إجراءات البحث والصعوبات التي واجهت الباحثة:</u>

قامت الباحثة بانتقاء العينة الكلية من عدة مؤسسات ومراكز للتربية الخاصة ، ومن الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء اختيار العينة صعوبة توفر كل الشروط اللازمة لتجانس العينة لدى الأمهات ، وكذلك رفض بعض الأمهات اللاتى تتوافر لديهن الشروط للتعاون مع الباحثة.

وبعد اختيار العينة (ن=35) ، قامت الباحثة بالتأكد من إصابة الطفل بالتوحد ، عن طريق تطبيق مقياس كارز CARS على الطفل واستخلاص الدرجة المعيارية له.

ثم قامت الباحثة بتطبيق المقاييس على أفراد العينة ، ولقد وجدت صعوبة في تطبيق المقاييس بصورة جماعية – نظراً لكثرة التساؤلات من الأمهات وعدم فهمهن لبعض بنود المقاييس- لذا قامت الباحثة بتطبيق المقاييس على العينة بصورة فردية وذلك في غرفة قليلة المشتتات بمركز ميامي للرعاية الخاصة، وتوضيح الغامض من البنود دون الإيحاء بالإجابة.

وبعد ذلك ، قامت الباحثة بانتقاء العينة المرضية (ن=10) من العينة الكلية وذلك باختيار الأمهات ذوات الدرجات المتطرفة العليا على مقياسي اضطراب ضغوط مابعد الصدمة والمشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الأم ،والدرجات المتطرفة الدنيا على مقياس الذكاء الوجداني.

ثم قامت الباحثة بتطبيق البرنامج الإرشادي على العينة المرضية ، ومن الصعوبات التي واجهتها الباحثة رفض الأمهات لترك أطفالهن التوحديين بالمنزل أثناء البرنامج ، واضطرار الباحثة لإيجاد مكان يجمع هؤلاء الأطفال مع متخصصين أثناء جلسات البرنامج.

والجدير بالذكر التعاون الجيد لأمهات العينة المرضية واستعدادهن الكبير لتلقي المعلومات والإرشادات.

ولقد راعت الباحثة في الجلسة الختامية تطبيق المقاييس على الأمهات بصورة فردية حتى لاتختلف ظروف التطبيق ، ولذلك قامت الباحثة بتطبيق المقاييس مع كل أم على حدة في غرفة منفصلة.

الفصل الخامس

نتائج البحث ومناقشتها

الفصل الخامس

نتائج البحث ومناقشتها

تعرض الباحثة في هذا الفصل أهم النتائج التي أسفر عنها البحث، في ضوء التحليل الإحصائي للبيانات والفروض الستة التي وضعت لاختبار صحتها والتأكد منها.

وقد استعانت الباحثة بحزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS في تحليل بيانات الدراسة. وسيتم عرض النتائج وفقاً لترتيب فروض الدراسة ، ومناقشة نتائج كل فرض على المستوى الكمي الإحصائي والمستوى الكيفي السيكولوجي.

نتائج الفرض الأول وتفسيرها

ينص الفرض الأول على:

" توجد فروق دالة إحصائياً في نسبة الذكاء الوجداني لدى العينة المرضية من أمهات الأطفال التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة بتطبيق اختبار الذكاء الوجداني على أفراد العينة المرضية(ن=10) قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده ، ثم قامت بحساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على هذا الاختبار. والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (1)

نتائج استخدام اختبار (ت) ودلالته بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على مقياس الذكاء الوجداني

العدد	متوسط درجات القياس القبلي	متوسط درجات القياس البعدي	متوسط الفرق بين درجات القبلي والبعدي	مجموع مربعات انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ن=10	148.40	191.50	43.10	18.99	7.178	0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة(0.01)بين متوسطات درجات الأداء القبلي والبعدي لدى العينة المرضية على مقياس الذكاء الوجداني، لصالح الأداء البعدي. ونظراً لصغر حجم العينة مما يقلل من تجانسها وصلاحيتها لإجراء اختبار (ت) عليها ، قامت الباحثة بحساب اختبار ولكوكسنWilcox on Signed Ranks Test للتأكد من وجود فروق جوهرية، وكانت درجةZ مساوية (2.807) وهي دالة عند مستوى دلالة(0.01).

ويعني ذلك أن البرنامج الإرشادي المقترح لأمهات الأطفال التوحديين قد حقق نتائج إيجابية فيما يتعلق بالذكاء الوجداني مما يعكس أثر استخدام كل من أسلوب المناقشة، وأسلوب النمذجة، وأسلوب التفكير العقلاني على تنمية الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة المرضية.

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها

ينص الفرض الثاني على:

" توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى العينة المرضية من أمهات الأطفال التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة بتطبيق اختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على العينة المرضية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، ثم قامت بحساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على هذا الاختبار. والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (2)

نتائج استخدام اختبار (ت) ودلالته بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

العدد	متوسط درجات القياس القبلي	متوسط درجات القياس البعدي	متوسط الفرق بين درجات القبلي والبعدي	مجموع مربعات انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ن=10	80.60	25.60	55	21.34	8.151	0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) ، بين متوسطات درجات الأداء القبلي والبعدي لدى العينة المرضية على مقياس اضطرابات ضغوط مابعد الصدمة ، لصالح الأداء البعدي.

ونظراً لصغر حجم العينة مما يقلل من تجانسها وصلاحيتها لإجراء اختبار (ت) عليها ، قامت الباحثة بحساب اختبار ولكوكسن Wilcox on Signed Ranks Test للتأكد من وجود فروق جوهرية، وكانت درجةZ مساوية(2.807) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01).

ويعني ذلك أن البرنامج الإرشادي المقترح لأمهات الأطفال التوحديين قد حققت نتائج إيجابية فيما يتعلق باضطراب ضغوط مابعد الصدمة وذلك يعكس أثر استخدام أسلوب الاسترخاء ، وأسلوب حل المشكلات في تخفيف حدة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أفراد العينة المرضية.

نتائج الفرض الثاث وتفسيرها

ينص الفرض الثالث على:

"توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى تقدير الأمهات للمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين لدى العينة المرضية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير للمشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم على العينة المرضية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده ، ثم قامت بحساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على هذا المقياس.
والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (3)

نتائج استخدام اختبار (ت) ودلالته بين متوسطات الأداء القبلي والبعدي على مقياس تقدير المشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم

العدد	متوسط درجات القياس القبلي	متوسط درجات القياس البعدي	متوسط الفرق بين درجات القبلي والبعدي	مجموع مربعات انحرافات الفروق	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ن=10	32	19.50	12.50	6.10	6.484	0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) ، بين متوسطات درجات الأداء القبلي والبعدي لدى العينة المرضية على مقياس تقدير الأمهات للمشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين ، لصالح الأداء البعدي.

ونظراً لصغر حجم العينة أيضاً ، قامت الباحثة بحساب اختبار ولكوكسن Wilcox on Signed Ranks Test للتأكد من وجود فروق جوهرية، وكانت درجةZ مساوية (2.818) وهذه الدرجة دالة عند مستوى دلالة (0.01).
ويعني ذلك أن البرنامج الإرشادي المقترح لأمهات الأطفال التوحديين قد حقق نتائج إيجابية فى صالح البرنامج الارشادى فيما يتعلق بتقدير الأمهات لمشكلات أبنائهن التوحديين النفسية والاجتماعية ، وهذه النتيجة متوقعة ؛ نظراً لوجود علاقة ارتباطية بين وجهة نظر الأمهات تجاه أبنائهن التوحديين وبين كل من الذكاء الوجداني ، واضطراب ضغوط مابعد الصدمة لديهن ؛ فكلما ارتفع الذكاء الوجداني وانخفض اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى الأمهات ، انخفضت المشاعر والأفكار السلبية تجاه أبنائهن ، وزادت الرؤية الإيجابية تجاه أطفالهن ،وحلَّ التهوين من مشكلات الطفل التوحدي محل التهويل الذي كان يسبق تطبيق البرنامج الإرشادي.
- مما سبق يتضح تحقق فعالية البرنامج الإرشادى (المتغير المستقل) ؛ وأنه بالفعل توجد فروق جوهرية إيجابية في درجة كل من الذكاء الوجداني ، واضطراب ضغوط مابعد الصدمة ، وتقدير الأمهات للمشكلات النفسية والاجتماعية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده ؛ لصالح التطبيق البعدى.

نتائج الفرض الرابع وتفسيرها

ينص الفرض الرابع على:
"يوجد ارتباط جوهري سالب بين الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة بتطبيق اختباري الذكاء الوجدانى واضطراب ضغوط مابعد الصدمة على العينة الكلية (ن=35) ، ثم قامت بحساب معامل الارتباط بين المتغيرين بطريقة بيرسون للدرجات الخام، وكان مساوياً (-0.748) ، وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة(0.01)، مما يدل على وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة ؛ وهذا يعني تحقق صحة الفرض الرابع.

كما قامت الباحثة بحساب معادلة خط الانحدار للتنبؤ بسير العلاقة في المستقبل وكانت المعادلةهى:
(ص=191.8-0.82س) حيث ترمز الباحثة لمتغير اضطراب ضغوط مابعد الصدمةبالرمز(ص)

ولمتغير الذكاء الوجداني بالرمز(س)،كما قامت الباحثة بحساب نسبة تأثير الذكاء الوجداني على متغير اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وكانت مساويةً 56%.مما يدل على وجود ارتباط قوي سالب بين الذكاء الوجداني للفرد ومدى إصابته باضطراب ضغوط مابعد الصدمة ؛ فكلما ارتفع الذكاء الوجداني لدى الفرد زادت قدرته على تحمل الأزمات وقلت درجة إصابته باضطراب ضغوط مابعد الصدمة.

وكذلك قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة ، وأبعاد الذكاء الوجداني الخمسة. والجدول التالي يوضح نتائج هذا التحليل:

جدول(4)

معاملات الارتباط بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاد الذكاء الوجداني

أبعاد الذكاء الوجداني	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	مستوى الدلالة
الوعي بالذات	0.522-	0.01
إدارة الانفعالات	0.749-	0.01
الدافعية	0.536-	0.01
التعاطف	0.396-	0.01
إدارة العلاقات الاجتماعية	0.606-	0.01

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وأبعاد الذكاء الوجداني الخمسة ، ويلاحظ أن أكثر أبعاد الذكاء الوجداني ارتباطاً باضطراب ضغوط مابعد الصدمة على الترتيب : إدارة الانفعالات ، إدارة العلاقات الاجتماعية، الدافعية، الوعي بالذات، التعاطف ، مما يتفق مع الإطار النظري والدراسات السابقة ؛ حيث إتفق الباحثون أمثال سالوفى 1993 ، ومابر 1997 ، وسليتير1997 على أن الشخصيات المعرضة للإصابة بهذا الاضطراب تتصف بعدم النضج الانفعالي ، وعدم القدرة على التحكم والسيطرة على المشاعر والانفعالات.

نتائج الفرض الخامس وتفسيرها

ينص الفرض الخامس على:

"يوجد ارتباط جوهري سالب بين الذكاء الوجداني وتقدير الأمهات للاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بتطبيق اختبار الذكاء الوجداني، ومقياس تقدير لاستكشاف الاضطرابات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم، على العينة الكلية (ن=35) ثم قامت بحساب معامل الارتباط بين نتائج الاختبارين ، وكان مساوياً (-0.591) ، وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.
وهذه النتيجة تتفق مع الإطار النظري والدراسات السابقة ؛ مثل ماير وجيهار1996، وكوروين 1997، وباركر2001، وسياراتشي 2001، وفيولام 2002، وغيرهم حيث تنخفض قدرة الفرد على رؤية الإيجابيات ، ويزداد لديه التمسك بالسلبيات وتؤثر عليه مشاعر الإحباط واليأس وتجعله ينظر إلى مشكلاته على أنها بدون حل، وذلك كلما كان ذكاؤه الوجداني منخفضاً، والعكس صحيح.

نتائج الفرض السادس وتفسيرها

ينص الفرض السادس على:

"يوجد ارتباط جوهري موجب بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتقدير الأمهات للاضطرابات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين".

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة بتطبيق اختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، ومقياس تقدير لاستكشاف الاضطرابات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم على العينة الكلية (ن=35) ، ثم قامت بحساب معامل الارتباط لنتائج الاختبارين ، وكان مساوياً (0.459) ، وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض ؛ فكلما زادت درجة إصابة الأم بهذا الاضطراب ، زادت المشاعر السلبية لديها تجاه مشكلة طفلها وهولت المشكلة وبالغت في تضخيمها ، وزاد تركيزها على مشاكل الطفل والنظر إليها بيأس وكأنها ليس لها حل.

الخلاصة:

يتضح من النتائج السابقة تحقق جميع فروض البحث؛ وهذا يدل على أنه توجد بالفعل علاقة ارتباطية عكسية بين الذكاء الوجداني ومدى قابلية الفرد للإصابة باضطراب ضغوط مابعد الصدمة.

كما وجد ارتباط عكسي بين الذكاء الوجداني لدى الأمهات ووجهة نظرهن تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين؛ فيختلف تقديرهن لهذه المشكلات باختلاف درجة ذكائهن الوجداني.

وكذلك اتضح من النتائج وجود ارتباط موجب بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى الأمهات ووجهة نظرهن تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين، فكلما ارتفعت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب ارتفعت النظرة السلبية لهذه المشكلات والعكس صحيح.

كما اتضحت فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي لتنمية الذكاء الوجداني في تخفيف حدة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى الأمهات، وكذلك في تحسين رؤيتهن للمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن ، بل ظهور الدافعية لديهن للتدخل وحل هذه المشكلات بأنفسهن.

خلاصة البحث وتوصياته والبحوث المقترحة

في ضوء ما أسفر عنه البحث من نتائج تضع الباحثة التوصيات التالية ، وتقترح عدداً من البحوث المستقبلية حول الموضوع ذاته.

التوصيات:

- ضرورة الاهتمام بالأطفال المصابين بإعاقة التوحد وإعطائهم حقوقهم الإنسانية والرعاية اللازمة.

- محاولة تغيير نظرة المجتمع لهؤلاء الأطفال حتى تقل حدة الضغوط النفسية والاجتماعية الملقاه على عاتق الوالدين.

- إرشاد والدي الطفل التوحدي –وخصوصاً الأم- بشكل مستمر ووقائي لتحسين القدرة لديهم على مواجهة المشكلات والضغوط اليومية.

- التوسع في إنشاء مراكز لرعاية الأطفال التوحديين وأسرهم.

- تكثيف الجهود المشتركة بين عدد من التخصصات البيئية لوضع برامج لإعادة تأهيل أطفال التوحد على أسس نفسية وعلمية ومنهجية.

*** ومن الأبحاث التي يثيرها البحث:**

1- دراسة العلاقة بين الذكاء الوجداني ، واضطرابات القلق ، لأسر ذوي الإعاقات المختلفة بصفة عامة ، وإعاقة التوحد على وجه الخصوص.

2- دراسة مقارنة للفروق في كل من الذكاء الوجداني واضطراب ضغوط مابعد الصدمة ووجهة النظر نحو المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي، بين آباء الأطفال التوحديين وأمهاتهم.

3- دراسة حالة الأم النفسية التي لديها أكثر من طفل توحدي في الأسرة.

4- دراسة فاعلية تدخل الأمهات اللاتي تلقين البرنامج الإرشادي في تأهيل أطفالهن التوحديين.

5-دراسة مقارنة لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين، ونظرائهن من ذوي الإعاقات الأخرى.

<u>**مصادر البحث**</u>

<u>**أولاً المراجع العربية:**</u>

- أحمد رفعت عبد الواحد (2002) **نوعية الحياة والذكاء الوجداني ومستوى التوافق النفسي لدى عينة من ذوي التوجه الديني (الجوهري والظاهري)** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية الآداب, جامعة المنيا.

- أحمد رفعت عبد الواحد (2005) **بعض الاضطرابات النفسية وعلاقتها بكل من القدرات الإبداعية والذكاء الوجداني** (رسالة دكتوراه)-غير منشورة-. كلية الآداب, جامعة المنيا.

- أحمد محمد عبد الخالق (1998) **الصدمة النفسية مع إشارة خاصة للعدوان العراقي على دولة الكويت**. الكويت: مجلس النشر العلمي.

- جيهان عثمان محمود (1999) **فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض الضغوط النفسية لمعلمي الأطفال المعاقين عقلياً** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية التربية ، جامعة الإسكندرية.

- حسن سعد محمود عابدين (2007) **برنامج مقترح لتنمية الذكاء الوجداني وتأثيره في التخفيف من حدة المشكلات السلوكية المصاحبة لصعوبات التعلم لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية** (رسالة دكتوراه)-غير منشورة-. كلية التربية ، جامعة الإسكندرية.

- حسين أحمد حسان (2005) **الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من مستوى ونوعية الطموح والرضا عن الحياة والأنجاز الأكاديمي (دراسة نفسية مقارنة لدى طلاب الجامعة)** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية الآداب, جامعة عين شمس.

- حمدي أمين أمين زيدان(2006) **فاعلية برنامج للعلاج العقلاني الانفعالي للمشكلات الأسرية الأكثر شيوعاً لأسر الأطفال المتأخرين عقلياً** (دراسة تجريبية) (رسالة دكتوراه)-غير منشورة-. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

- دعاء عوض عوض سيد أحمد(1999) **فعالية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في تحسين بعض جوانب السلوك الاجتماعي لأبنائهن** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية التربية، جامعة الإسكندرية.

- رائد خليل العبادي (2006) **التوحد**. عمان: مكتبة المجتمع العربي.

- سالي علي حسن (2006) **التنبؤ بالنجاح المهني لمعلمات رياض الأطفال في ضوء مكونات الذكاء الوجداني** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية تربية رياض أطفال, جامعة الإسكندرية.

- سميرة عبد اللطيف (1992) **معاناتي والتوحد**: مرض التوحد أسبابه, صفاته, علاجه, أفضل طرق التعليم. جدة: دار البلاد للطباعة والنشر.

- سهام أحمد السلاموني(2006) **فعالية برنامج إرشادي في تحسين أنماط التفاعلات الأسرية وتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم** (رسالة دكتوراه)-غير منشورة-. كلية التربية، جامعة المنصورة.

- سهام علي عبد الغفار (1999) **فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال** (رسالة دكتوراه)-غير منشورة-. كلية التربية, جامعة طنطا.

- سهى أحمد أمين نصر: **مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الأتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين** (رسالة دكتوراه)-غير منشورة-. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

- سوسن شاكر الجلبي (2005) **التوحد الطفولي: أسبابه, خصائصه, تشخيصه, علاجه.** سوريا: مؤسسة علاء الدين.

- عبد الرحمن سيد سليمان (2001) **إعاقة التوحد**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

- عبد الفتاح محمد دويدار (1998) **قياس فاعلية استراتيجية للإرشاد النفسي في مواجهة الوجدانات والانفعالات والمشاعر السلبية لذوي المعاق عقليا**. مجلد بحوث المؤتمر السنوي الثالث "التربية لذوي الحاجات الخاصة".كلية التربية، جامعة المنوفية.

- غسان يعقوب (1999) **سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ضغوط مابعد الصدمة)**. لبنان: دار الفارابي.

- لمياء عيد علي (2007) **العلاقة بين الذكاء الوجداني والقبول/ الرفض الوالدي لدى طفل المدرسة الابتدائية** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. معهد الدراسات التربوية, جامعة القاهرة.

- محمد أحمد خطاب (2005) **سيكولوجية الطفل التوحدي: تعريفها, تصنيفها, أعراضها, تشخيصها, أسبابها, التدخل العلاجي**. دار الثقافة للنشر.

- محمد مصطفى محمد شاهين (2002) **دراسة لمشكلات أسر الأطفال التوحديين وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.

- نورة خليل محمد مصطفى (2009) **الذكاء الوجداني وعلاقته ببعض متغيرات التفوق الدراسي لدى عينة من طلاب الجامعة من الجنسين** (رسالة ماجستير)-غير منشورة-. كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية.

ثانياً المراجع الأجنبية:

- A.Okasha, and developed by Columbia University Chaired by P.Jenson: **Cognitive Behavioral Therapy**, Translated into Arabic (2004) by Amira Seif Eldin.

- Andrew E.Slaby,M.D.,Ph.D.,M.P.H.(1989). "**After Shock, Surviving the delayed effects of trauma, crisis, and loss**”. Villard Books, New York.

- Bailey J.(1985). **"Differential diagnosis of post-traumatic stress and** anti-**social personality disorder**. In Community psych, No. 36.

- Bar-on, R. (1997). "**The Ability of Emotional Intelligence Measure to Evaluate the Development of Emotional and social skills after receiving an Emotional training program. Journal of personality and social psychology",** Vol.19.No.3**.**

- Bower B. (2000). "**Gene Implicated in Development of Autism"**. Mayer land, Science News, Vole, 158, Issue, 25.

- Christina Samios,et al., **Research in Autism Spectrum Disorder,** Vol.3, Issue 2, April – June, 2009.

- Fiengan, Jane (1998**). "Measuring Emotional Intelligence"**. New Drlean: (DTL) publishing company.

- Figley C. (1988**). "Post-traumatic Family Therapy, in Ouch berg**: **Post-traumatic therapy and victims of violence**. N.Y. Bruner-Mazel.J. Consult and cline. Psycho, No 59.

-Fred R. Volkmar, Rhea Paul, Ami Kline, Donald Cohen. "**Handbook of autism and pervasive developmental disorders"**. Volume one: Diagnosis, development, neurobiology and behavior.

- Gardner H. (1993**). Multiple Intelligence. Journal of social sycholpogy, Vol, 5.**

- Ghson &Irma (1999). "**Emotional Intelligence through literature"**. Paper presented at the Annual meeting of the teachers English to speakers of other languages (33), New York, Mar.

- Goleman, D. (2000). "**Emotional Intelligence"**, (internet) http//www.queendon.com/emotion-aliq,htm/.

- J.Aaron Resch,etal., **Rehabilitation Psychology**, Vol.55, Issue 2, May, 2010.

- Janoff – Pullman, R. (1988). **Victims of violence**. In S. Fischer & J. Reason (EDs.) **Hand book of life stress, cognition and health.**

- Janoff – Pullman, R. (1992). "**Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma**. New York: The Free Press.

- Jason D.Brown & Susan Rodger, **Children and Youth Services Review**, Vol.31, Issue 1, January, 2009.
- Jennifer, Geary (2000). "Emotional and Leadership, the rope of **Emotional Intelligence". Human Relations**, Vol, 53, No, 8.

- Jessica Gill. **"Poster Sessions for the 2008 Research Festival Neurobiology and Behavior**". Neu.44

- Keane. T. (1984**). "Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat related PTSD. J. of consulting and clinical psycho**, No.52.

- Kendra Van Wagner (2005**). "What is Emotional Intelligence?**" Guide Science, (internet) http//www.kendravanwagner,about.com

- Macketth R**. "The Feelings and Behavior of Parents of Handicapped Children, Developmental Medicine and Child Neurology.**

- Maureen Aarons & Tessa Gittens.(1992**). "The Handbook of Autism for Parents and Professionals".** London: First published.

- Mayer, J & Salovey. PP. Caruso. D.(2000). **"Emotional Intelligence as Zeitgeist, as Personality and as standard intelligence"** in R-Bar-on, Handbook of Emotional Intelligence. New York.

- Meichenbaum,D. (1994). **"A clinical Handbook/Practical therapist manual for assessing and treating adults with post - traumatic stress disorder (PTSD)**". Waterloo, Ontario: Institute Press.

- Mitchell, J.T., & Everly, G.S. (1995). **"Critical incident stress debriefing. CISD: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers".** Ellicott City: Chevron Publishing Corporation, 2nd Ed.

- Naomi Breslau,etal., **Archives of General Psychiatry**, Vol.63, No.11, November, 2006.

- Nigel Hunt & Dee Evans, **Behavior Research and Therapy**, Vol.42, Issue 7, July, 2004.

- Paula P.Schnurr& Matthew J.Friedman,etal., **Jama: The Journal of the American Medical Association,** Vol.297, No.8, February, 2007.

- Paul A.Frewen,etal., **Psychological Trauma: Theory, Research**, **Practice, and Policy,** Vol.2, Issue 2, June, 2010.

- Richard L. Simpson & Brenda Smith Myles (1998). **"Educating Children and Youth with Autism, Strategies for effective practice".** Pro E.D. Austin: TX.

- Rita Jordan & Stuart Powell. **"Understanding and Teaching Children with autism.**

- Robins et al.,(1988**)."The Composite international Diagnostic Inventory,** on Arch. Gen. Psych., 46.

- Sue, D. Sue, D., & Sue .S. (1990**). "Understanding abnormal behavior**". Boston**:** Houghton Mifflin, 5th Ed.

- William S.Kremen,etal., **Archives of General Psychiatry**, Vol.64, No.3, March, 2007.

الملاحق

ملحق(1)

بطارية الاختبارات المستخدمة في البحث

استمارة البيانات الشخصية لأمهات الأطفال التوحديين

اسم الأم :　　　　　　　　　　　　العمر :

اسم الطفل المصاب بالتوحد :　　　　　　　　عمره :

المؤهل العلمى للأم :　　　　　　　　الحالة الاجتماعية :

العمل :　　　　　　　　　　عدد الإخوة والأخوات :

ترتيب الطفل التوحدى فى الميلاد :

العنوان :　　　　　　　　　　　التليفون :

تاريخ التطبيق :

مقياس الذكاء الوجداني(E.I)
إعداد أ.نورة خليل

يتكون المقياس من مجموعة من العبارات تعطيك الفرصة لتصف نفسك عن طريق تحديد درجة اتفاق كل عبارة مع أسلوبك وتفكيرك وتصرفاتك فى أغلب الأوقات ، وهناك خمس إجابات ممكنة لكل عبارة وهى :

- اختيارك لرقم (1) يعنى " لا مطلقاً "
- اختيارك لرقم (2) يعنى " إلى حد ما "
- اختيارك لرقم (3) يعنى " بدرجة متوسطة "
- اختيارك لرقم (4) يعنى " كثيراً "
- اختيارك لرقم (5) يعنى " كثيراً جداً "

التعليمات:

- اقرأ العبارات الآتية وضع دائرة حول الرقم الذى يعبر عنك أصدق تعبير .
- ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة وليست هناك إجابة أفضل من غيرها ، أجب بصراحة وأمانة طبقاً لما تفعله ، وليس ما يجب أن تفعله.
- ليس هناك زمن محدد للإجابة ، ولكن لا تقض وقتاً طويلاً فى اختيار الإجابة التى تصفك على أكمل وجه ، وتأكد من الإجابة على كل العبارات.

		لا مطلقاً	إلى حد ما	بدرجة متوسطة	كثيراً	كثيراً جداً
.1	أنا حساس لمشاعر الآخرين	1	2	3	4	5
.2	لدى علاقات جيدة مع الناس	1	2	3	4	5
.3	أفهم مشاعر الآخرين بسهولة	1	2	3	4	5
.4	أعتقد أنى شخص منتج	1	2	3	4	5
.5	يبوح لى أصدقائى بأسرارهم الخاصة	1	2	3	4	5
.6	قراراتى نابعة من فهم عميق لمشاعرى	1	2	3	4	5
.7	أبتسم بسهولة	1	2	3	4	5
.8	أستطيع أن أسيطر على مشاعرى وأتحكم فيها	1	2	3	4	5
.9	أستطيع التعامل مع انفعالاتى السلبية مثل (الغضب والقلق) بطريقة مرنة	1	2	3	4	5
.10	أنا راض عن ما أنجزته فى السنوات القليلة الماضية	1	2	3	4	5
.11	أدعم المقربين إلى انفعالياً عندما يتعرضون إلى مواقف عصيبة	1	2	3	4	5
.12	أستطيع أن أخبر الآخرين بأسباب غضبى منهم	1	2	3	4	5
.13	لدى ثقة بنفسى	1	2	3	4	5
.14	لدى القدرة على إنجاز الأعمال المهمة بنشاط وتركيز عالٍ.	1	2	3	4	5
.15	يمكن أن أجد حلولاً لمشاكل الآخرين	1	2	3	4	5
.16	أميل إلى الاقتراب من الآخرين	1	2	3	4	5
.17	أعتقد أنى قادر على تجاوز الصعاب	1	2	3	4	5
.18	أعرف الأسباب التى تكمن وراء انزعاجى	1	2	3	4	5
.19	أستطيع أن أميز بين مشاعري الإيجابية والسلبية	1	2	3	4	5
.20	أتخلص من مشاعر القلق بسهولة	1	2	3	4	5
.21	أستطيع استدعاء الانفعالات الإيجابية مثل (المرح) بسهولة	1	2	3	4	5

					ويسر	
5	4	3	2	1	من السهل على أن أخبر الآخرين بما أفكر فيه	.22
5	4	3	2	1	أحافظ على هدوئى فى المواقف العصيبة	.23
5	4	3	2	1	أجامل من يستحق المجاملة	.24
5	4	3	2	1	أحترم الآخرين	.25
5	4	3	2	1	لدى القدرة على التحكم فى مشاعرى وأفكارى وتصرفاتى بشكل سريع	.26
5	4	3	2	1	أشجع نفسى	.27
5	4	3	2	1	تتوقف قدرتى عن التفكير فى مشكلاتى الخاصة عندما أواجه مشكلة ما	.28
5	4	3	2	1	أنا راض عن نفسي	.29
5	4	3	2	1	أحب مساعدة الناس	.30
5	4	3	2	1	لدى فكرة واضحة عما أريد أن أفعله فى هذه الحياة	.31
5	4	3	2	1	أهتم لما يحدث للآخرين	.32
5	4	3	2	1	لدى القدرة على التحكم فى مشاعر الغضب	.33
5	4	3	2	1	من السهل على أن أعبر عما يدور فى نفسي	.34
5	4	3	2	1	أتخذ قراراتى بمفردى	.35
5	4	3	2	1	من الصعب على أن أعبر عما يدور فى نفسى	.36
5	4	3	2	1	أنا على علاقة جيدة بأصدقائى	.37
5	4	3	2	1	عادة ما أفقد الإحساس بالزمن عند انغماسي فى مهام جديدة	.38
5	4	3	2	1	أستطيع إظهار مشاعر الود	.39
5	4	3	2	1	أستطيع التغلب على شعوري بالذنب حيال ما فعلته بالماضى	.40
5	4	3	2	1	من السهل على أن أكون صداقات	.41
5	4	3	2	1	عندى القدرة على توجيه مشاعري فى الاتجاه الصحيح	.42
5	4	3	2	1	عندما أواجه موقفاً صعباً ، أحب أن أجمع كل المعلومات المتعلقة به بقدر الإمكان	.43
5	4	3	2	1	لدي القدرة على التعبير عن انفعالاتى فور شعوري بها	.44
5	4	3	2	1	أتوقف لمساعدة الآخرين حتى لو تسبب ذلك فى تأخير مصالحى الشخصية	.45
5	4	3	2	1	أحب كل من أقابله	.46
5	4	3	2	1	لدى القدرة على التأثير فى الآخرين	.47
5	4	3	2	1	أنا على وعي كامل بمشاعري	.48
5	4	3	2	1	أجيد فهم مشاعر الآخرين	.49
5	4	3	2	1	أفهم مشاعر الآخرين حتى إن لم يعبروا عنها بصراحة	.50

مقياس التقرير الذاتى لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة المعدل

(MPSS – SR)

تعريب د.أحمد عبد الخالق

الهدف من هذا المقياس تقدير مدى تكرار الأعراض وشدتها فى الأسبوعين الماضيين ، استخدم المقياس المذكور أدناه ، وحدد من فضلك تكرار الأعراض المذكورة فى الجانب الأيمن من كل بند ، وبعد ذلك حدد شدة شعورك إلى يسار كل بند ، وذلك بوضع دائرة حول الإجابة التى تناسبك أكثر.

*** ملحوظة :-**

الحادث المقصود فى البنود هنا هو اكتشاف إصابة طفلك بالتوحد.

التكرار	الشدة
صفر: لا مطلقاً 1 : مرة أو أقل فى الأسبوع / قليلاً 2 : من 2-4 مرات فى الأسبوع / أحياناً / نصف الوقت 3: خمس مرات أو أكثر فى الأسبوع / كثيراً جداً / دائماً	أ- لا تضايقنى أبداً ب- تضايقنى بدرجة بسطة جـ- تضايقنى بدرجة متوسطة د- تضايقنى كثيراً هـ- تضايقنى بدرجة شديدة

التكرار	الأعراض	الشدة				
10 2 3	1- هل لديك أفكار مزعجة معاودة أو تقتحم فكرك أو ذكريات عن الحادث (أو الحوادث)؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	2- هل تحلم أحلاماً سيئة معاودة أو كوابيس (أحلام مزعجة) عن الحادث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	3- هل مررت بتجربة إعادة معايشة الحدث بشكل مفاجئ واسترجاعها ، أو أنك تتصرف أو تشعر كما لو كانت هذه الأحداث تحدث مرة ثانية؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	4- هل أصبحت مضطرباً انفعالياً بعمق عندما تتذكر الأحداث (بما فى ذلك رد فعلك فى الذكرى السنوية لها) ؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	5- هل بذلت جهداً مستمراً وبإصرار لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالحادث أو الأحداث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
التكرار	الأعراض	الشدة				
10 2 3	6- هل بذلت جهداً مستمراً وبإصرار لتجنب الأنشطة والمواقف أو الأماكن التى تذكرك بالحادث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	7- هل هناك أى جوانب مهمة فى الحادث مازلت عاجزاً عن تذكرها؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	8- هل فقدت الاهتمام بشكل ملحوظ بالأنشطة الحرة منذ وقوع الحادث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	9- هل شعرت أنك منعزل عن المحيطين بك منذ وقوع الحادث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
10 2 3	10- هل شعرت بأن قدرتك على أن تحس بالمشاعر الانفعالية أصبحت أقل (مثال : عدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب ، وهل فقدت الحس والمبالاة ، وهل تعجز عن البكاء عندما تكون حزيناً ... ألخ)؟	أ	ب	جـ	د	هـ

3 2 10	11- هل شعرت بأن آمالك وخططك المستقبلية قد تغيرت بسبب الحدث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
3 2 10	12- هل أصبحت لديك صعوبة مستمرة فى الاستغراق فى النوم أو البقاء نائماً؟	أ	ب	جـ	د	هـ
3 2 10	13- هل أصبحت سريع الغضب بشكل مستمر أو تحدث لك نوبات غضب؟	أ	ب	جـ	د	هـ
3 2 10	14- هل تشعر بصعوبة فى التركيز بصفة مستمرة ؟	أ	ب	جـ	د	هـ
3 2 10	15- هل أصبحت شديد الحذر والانتباه منذ الحادث فتتفحص من حولك وتتحقق منهم ؟	أ	ب	جـ	د	هـ
3 2 10	16- هل أصبحت أكثر عصبية ومن السهل ترويعك وإثارتك منذ الحادث؟	أ	ب	جـ	د	هـ
3 2 10	17- هل أصبح لديك ردود فعل جسمية عميقة (مثل زيادة العرق وخفقان القلب) عندما تتذكر الحادث؟	أ	ب	جـ	د	هـ

قائمة استكشاف أعراض الأطفال
(فى سن المدرسة) الخاصة بالحالة النفسية والاجتماعية
إعداد د.عبد الفتاح دويدار

من فضلك قول إذا كان السؤال اللى باسأله
عن ابنك ده بيحصل كتير أو أحياناً أو عمره ما حصل

م	السؤال	أبداً	أحياناً	كثيراً
1	هل بيشتكى من آلام متكررة			
2	هل بيقضى معظم الوقت لوحده؟			
3	بيتعب بسرعة ؟ يعنى طاقته قليلية ؟			
4	ما يقدرش يقعد ساكت دايما يفرك ؟			
5	هل عنده مشاكل مع أى مدرس ؟			
6	ما بيهتمش كتير بالمدرسين ؟			
7	بيتصرف بدون تفكير؟			
8	بيسرح كتير؟			
9	انتباهه بيتشتت بسهولة ؟			
10	لما بيتحط فى موقف جديد هل بيبقى خايف منه ؟			
11	هل بيحس بالحزن أو عدم السعادة ؟			
12	هل دايماً قلقان ومتضايق ؟			
13	ماعندوش أمل ؟			
14	هل عنده مشاكل فى التركيز؟			
15	ما بيهتمش بأصحابة ؟			
16	بيتخانق مع العيال ؟			
17	بيغيب من المدرسة ؟			
18	درجاته يعنى نمره فى المدرسة بتقل ؟			
19	ما عندوش ثقة فى نفسه ؟			
20	بيروح للدكتور كتير ، والدكتور يقول ماعندوش حاجة؟			
21	عنده مشاكل فى النوم ؟			
22	دايما قلقان وحامل الهم ؟			
23	دايما عايز يبقى معاك أكتر ما كان قبل كدة ؟			
24	هل بيحس أنه انسان وحش ؟			
25	بيعرض نفسه للخطر من غير لازمه ؟			
26	هل دايما يتعور ؟			
27	هل ما بيلعبش ولا يهزرش كثير ؟			
28	هل تصرفاته زى تصرفات الأطفال اللى أصغر منه فى السن ؟			
29	ما بيسمعش الكلام ولا التعليمات ؟			
30	مابيبينش أحاسيسه وشعوره ؟			
31	ما بيحسش بغيره ؟			
32	بيغيظ غيره ؟			
33	بيلوم غيره على المشاكل اللى بتحصله ؟			
34	بياخد حاجات موش بتاعته ؟			
35	هل بيشترك مع غيره فى اللى بيعملوه ؟			

ملحق(2)

<u>جلسات البرنـامج الإرشادى المعرفي</u>

<u>البرنامج المعرفى لتنمية الذكاء الوجدانى لأمهات الأطفال التوحديين</u>

<u>الجلسة الأولى</u>

<u>مقدمة تمهيدية</u>

المفاهيم الجديدة:
اضطراب ضغوط مابعد الصدمة- الذكاء الوجداني- أبعاد الذكاء الوجداني.

- تبدأ الباحثة بالتعارف وتعريف كل أم لنفسها ولطفلها.

- ثم تبدأ بإعطاء مقدمة عن التوحد وكيف تم اكتشافه، وأعراضه وكيفية تشخيصه.
وتتوصل الباحثة من هذه المقدمة إلى أن إصابة الطفل بالتوحد تحدث للأم صدمة نفسية، وبعض الأمهات يتخلص من مرحلة الصدمة سريعاً ولايخرج منها باضطراب نفسي، وبعضهن الآخر يحدث له اضطراب ضغوط مابعد الصدمة.
- إن التجربة المؤلمة للعزيز (الطفل وما أصابه) تحدث أربع مراحل:
1- **مرحلة الصدمة**: لاتتقبل الصدمة وتحدث مشاعر رفض وإنكار لماحدث.
2- **مرحلة الرفض وعدم الاستقرار**: وقد تحدث فيها أعراض جسمية وأفكار سلبية مثل: لماذا يحدث هذا لى أنا على وجه الخصوص ، وكثير من الأسئلة الشبيهة.
3- **مرحلة تأنيب الضمير**: ويحدث فيها مشاعر الذنب والمسؤلية حيال ماحدث.
4- **مرحلة الاستقرار**: تستقرالأمور على حالها ويحدث تقبل نسبي للواقع مع استمرار أعراض الاكتئاب والقلق وكذلك تجنب كل مايذكرنا بالحدث.

لماذا لايحدث هذا الاضطراب النفسي لكل أمهات الأطفال التوحديين؟ ولماذا يوجد بعض الأمهات القادرات على التغلب على هذه الأزمة والخروج منها دون إحداث أى اضطراب نفسي؟.
وتتحدث الباحثة هنا عن مفهوم الذكاء الوجداني؛ فهناك عدة أنواع من الذكاء مثل الذكاء العام الأكاديمي، والذكاء الاجتماعي، **والذكاء الوجداني وهو نوع من أنواع الذكاء يعني وعي الفرد بذاته والتحكم فيه ودفع نفسه لمزيد من العمل والتعامل مع الآخرين معاملة حسنة.**
ويلاحظ أنه يتوقف نجاح الفرد في حياته على ذكائه العام بنسبة20%، بينما يسهم الذكاء الوجداني في نجاح الفرد في حياته بنسبة80%.

نشاط(1):
نطلب من كل أم أن تفكر في شخص ما تعرفه لديه ذكاء مرتفع ولكنه غير موفق في حياته، أو في شخص أقل في الذكاء العام الأكاديمي ولكنه ناجح في حياته بسبب وعيه بانفعالاته وفهم انفعالات الآخرين وحسن إدارة العلاقات.
- تتلقى الباحثة إجابات الأمهات وتناقشها معهن، وتلخص مفهوم الذكاء الوجدانى.

تقوم الباحثة بتقديم أبعاد الذكاء الوجداني ومكوناته؛ وهي:
1- **الوعي بالذات**: ويعني ملاحظة الفرد لذاته والتعرف إلى مشاعره كما حدثت ويعني الانتباه للحالة الداخلية التي يعيشها الإنسان. ومن الطبيعي أن يفشل الإنسان في إدارة انفعالاته واستثمارها إذا جهل بنفسه.

2- **إدارة الانفعالات** والتحكم فيها: ويقصد بها ترو الفرد وتحكمه في انفعالاته وضبط دوافعه من خلال أنماط سلوكية تعد مقبولة اجتماعياً والتعبير عن المشاعر السلبية مثل الضيق والغضب والحزن بطريقة إيجابية لاينتج عنها أي أذى أو ضرر بالآخرين.
والأفراد الذين يتميزون بهذه القدرة يستطيعون التخلص من إحباطات الحياة بسهولة ويكونون أكثر ثقة بالنفس وذا كفاءة اجتماعية عالية ويتحملون المسؤلية.
- توضح الباحثة أن هذه القدرة هي الأقل لدى الأمهات أفراد عينة البحث؛ ولذلك وقعن فريسة للاضطراب النفسي بسهولة.

3- **الدافعية**: وهي المثابرة وحث النفس على الاستمرار في مواجهة الإحباط والشعور بالأمل والتفاؤل في مواجهة العقبات، وبذل الجهد من أجل تحقيق الأهداف والطموحات المستقبلية.
ويختلف الناس في القدر الذي يمتلكونه من الدافعية، فبعضهم يظن أنهم قادرون على أن يخرجوا من أية ورطة أو أن يجددوا الأساليب التي يحلون بها مشكلاتهم، في حين لايرى آخرون أنفسهم يملكون الطاقة أو القدرة أو وسائل تحقيق الأهداف.

4- **التعاطف**: ويعني قراءة مشاعر الآخرين من صوتهم أو تعبيرات وجوههم وليس بالضرورة مما يقولون، وهو قدرة الفرد على أن يضع نفسه موضع شخص آخر. ويختلف التعاطف عن التقليد؛ فإذا كنت تقلد شخصاً آخر فإن هذا يعرفك ماذا فعل هذا الشخص، ولكن التعاطف يعرفك بماذا يشعر هذا الشخص وكيف يكون إحساسه.

5- **إدارة العلاقات الاجتماعية**: وتعني التأثير الإيجابي والفعال للفرد في علاقته بالآخرين عن طريق فهم انفعالاتهم والإحساس بمشاعرهم والتعامل معهم بلطف ومودة. وتعتمد هذه القدرة على مهارتين (التحكم فى الانفعالات والتعاطف) وعدم وجود هاتين المهارتين يؤدي إلى فشل فى الحياة العملية أو تكرار النكبات التي تحدث بين الناس.

- تقوم الباحثة بمناقشة الأمهات لما تم استيعابه وفهمه لهذه الأبعاد الخمسة.
ثم تقوم الباحثة بذكر الخطة وهي تنمية هذه الأبعاد الخمسة حيث تدور الجلسة الثانية حول تنمية الوعي بالذات، والجلسة الثالثة تتناول إدارة الانفعالات، وسنتوسع في هذه القدرة نظراً لأهميتها؛ فتدور الجلسة الرابعة حول تعلم طريقة التفكير العقلاني للتحكم في الانفعالات وحل المشكلات، وكذلك تتناول الجلسة الخامسة أساليب الاسترخاء باعتباره وسيلة للتكيف مع الانفعالات وإدارتها. أما الجلسة السادسة؛ فنكمل من خلالها أبعاد الذكاء الوجداني، حيث تتناول تنمية الدافعية، والجلسة السابعة تتناول تنمية التعاطف، والجلسة الثامنة تتناول إدارة العلاقات الاجتماعية وكيفية تنمية هذا البعد.

الجلسة الثانية

الوعى بالذات

المفاهيم الجديدة:
الوعى بالذات- مفاتيح المشاعر الثلاثة.

- مراجعة مادار في الجلسة السابقة.
- تبدأ الباحثة بتوجيه الأمهات إلى أننا سنتناول في هذه الجلسة قدرة الوعي بالذات.

يعد الوعي بالذات أحد أبعاد الذكاء الوجداني، ويعني وعي الفرد بمشاعره وقت حدوثها، فالوعي بالذات هو الانتباه المستمر للحالة الداخلية، فيقوم العقل بملاحظة ومراقبة الخبرات التي يمر بها صاحبها بما تتضمنه من مشاعر، وهذا يعنى أن يستطيع الفرد تحديد ما يشعر به بالضبط.

***إن الناس تتوزع إلى نماذج مختلفة وفقاً للانتباه لمشاعرهم والتعامل معها:**

1- **الواعي بالذات:** هذا الفرد يكون واعياً بحالته المزاجية كما تحدث، ولديه وضوح رؤية لانفعالاته، وهو يتمتع بصحة نفسية جيدة ولديه رؤية إيجابية للحياة وعندما يتعرض لحالة مرضية سالبة لايتوقف عندها ولكنه قادر على الخروج منها بسرعة.

2- **المنجرفون**: تطغى عليهم مشاعرهم وانفعالاتهم وهم عاجزون عن تفاديها وتمتلكهم حياتهم المزاجية وليس لديهم وعي بمشاعرهم، وهم لايبذلون أي جهد للخروج من المزاج السيئ ويشعرون بأنهم ليس لديهم تحكم في حياتهم الوجدانية.

3- **المتقبلون**: وهم لديهم رؤية واضحة عن مشاعرهم، فهم متقبلون لمشاعرهم ولايحاولون تغييرها، وينقسمون لفئتين: ذوى المزاج المعتدل وبالتالي ليس لديهم دافع لتغييره، وذوى المزاج السيئ ولكنهم يتقبلونه ولايقومون بأي شئ لتغييره على الرغم من انزعاجهم.

نشاط (1):

فكر في موقف كنت فيه واعياً بذاتك أو منجرفاً أو متقبلاً، كيف كان تصرفك في هذا الموقف؟ وما تأثير هذا التصرف على من حولك؟

- تناقش الباحثة الإجابات وتوضح أنه من الأفضل بقدر الإمكان أن ننتمي إلى النمط الأول، وهو الواعي بذاته؛ لأن هذا سيساعدنا على اتخاذ القرارات بصورة صحيحة ولانعطى الفرصة لكي يتحكم فينا شئ.

- توضح الباحثة أن هناك ثلاثة أماكن يمكن أن يخبرنا الناس من خلالها ماذا يشعرون؛ وهي العقل(من خلال الأفكار)، والجسم(في مكان ما يحدث تغير أو شيئ ما)، والسلوك(من تصرفاتنا يمكن أن نستنتج بماذا نشعر).

- توزع الباحثة ملصق مخبر المشاعر وتتحدث عن كيفية اكتشاف المشاعر من خلال هذه المفاتيح الثلاثة.

نشاط (2):

تطلب الباحثة من كل أم أن تغمض عينيها لمدة 10ثوان ثم تخبرنا ماهو شعورها الآن، وبماذا تخبرها مفاتيح المشاعر الثلاثة.

نشاط (3):

تضع الباحثة بطاقات المشاعر وتحث كل أم على أن تأخذ بطاقة وتقرأ هذا الشعور، ثم تصف لنا لو أحست بهذا الشعور كيف يخبرها مخبر المشاعر عن مفاتيحها الثلاثة (ماذا سيدور في عقلها من أفكار- ماذا ستشعر في جسمها- كيف سيكون سلوكها الظاهري).

نشاط (4):

تطلب الباحثة من كل أم أن تحضر معها صورة لها، ومن الأفضل أن يكون معها أشخاص في الصورة، وتطلب من كل أم أن تصف الصورة، متى كانت؟ وأين كانت؟ ومن الذي معها في الصورة؟

وما الأحداث المرتبطة بهذه الصورة؟ وماشعورها في هذه الصورة؟ وماشعورها الآن عند رؤيتها وأثناء حديثها عنها؟.

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

- النشاط المنزلي:
أكتب عدداً من المواقف التي استخدمت فيها مهارة الوعي بالذات، وكيف كنت تشعر، وكيف كانت افكارك وحالتك الجسمية وسلوكك،وما تأثير مافعلته في هذا الموقف على الآخرين؟.

الجلسة الثالثة

إدارة الانفعالات

المفاهيم الجديدة:
المشاعر السلبية- الغضب- السطو الوجداني- أساليب التكيف- الصراع.

- مراجعة النشاط المنزلي ومادار في الجلسة السابقة.
- تبدأ الباحثة بتوضيح أن المشاعر السلبية غير المرغوب فيها: الحزن- الغضب- القلق والتوتر تأتى من:
1- أشياء لانحبها تحدث لنا (قد نستطيع تغييرها وقد لانستطيع).
2- التفكير بسلبية مثل:
ليس هناك من يحبنى- أنا ليس لي قيمة- ليس لدي كثير من الأصدقاء- أفتقد كل شيئ- أصدقائي يكرهوني- كل شخص يزعجني.

إذا ظننت أنك غير محبوب أو أن هناك شيئاً خاطئاً أو سيئاً عندك فسوف تشعر بالحزن، وإذا ظننت أن الآخرين يتعمدون إيلامك فسوف تشعر بالغضب، وإذا ظننت أن هناك شيئاً سيئاً سوف يحدث في المستقبل فسوف تشعر بالقلق والعصبية.

إن الأفكار السلبية مثل النضارة السوداء الشمسية تمنع رؤية بريق الأفكار الإيجابية، فلابد أن نتعلم أن نثبت لأنفسنا أنه إذا كان هناك قدر ضئيل من الحقيقة في الأفكار السلبية فإنها ليست الانعكاس الصحيح للحقيقة ولذلك لابد أن نتعلم أن نفكر بإيجابية لنشعر أننا أفضل.

نشاط (1):
توزع الباحثة ملصق فقاعات الأفكار والمشاعر وتطلب من كل أم أن تكتب أحد الأفكار السلبية التي تعاني منها والمشاعر التي تحدث عند التفكير في هذه الفكرة ثم تكتب فكرة إيجابية لتنفي هذه الفكرة السلبية ثم تكتب المشاعر الجديدة.

* الغضب هو أكثر الحالات المزاجية التي يصعب على الإنسان التخلص منها، والسبب الرئيسي وراء الغضب هو الشعور بالخطر أو التهديد أو توجيه الإهانة أو الحرمان من تحقيق هدف ما. فعليك أن

تتوقف عندما تغضب حتى لايتصاعد الغضب، ولأن الغضب لايتبع المنطق؛ فمن السهل أن يتحول إلى عنف بصرف النظر عن العواقب.

إن الحوار الداخلي الذي يحث على الغضب يملأ عقل الغاضب بالدلائل المقنعة ليصب غضبه، إننا يغضبنا تصرفات الآخرين، ولكن حكمنا على هذه التصرفات هو الذي يغضبنا، فقد يحدث نفس الموقف لشخصين أحدهما يغضب لأنه قد يعتقد أنه أُهين أو حُرم من شيئ والآخر هادئ يلتمس الأعذار ويفكر بطريقة إيجابية.
ولابد أن نوقف الغضب والصراع عند البداية؛ فمثلاً لنفترض أن خلافاً حدث مع شخص ما يقتضي الابتعادعنه بعض الوقت، وفي هذه الفترة تحدث التهدئة، أي يبحث فيها الفرد عن شيئ يلهيه أو يبحث عن أسلوب من أساليب التكيف بشرط أن تكون فترة التهدئة لايفكر فيها فيما حدث له ولاينشغل بالأفكار التي استدعت الغضب أى يجب وقف الغضب منذ البداية، فتركه يؤدي لغضب أكبر وأكبر.

وهناك فرق كبير بين من يتحكم في انفعالاته ومن لايتحكم فيها، فالأول هادئ وواثق من نفسه وفخور بها، على العكس من ذلك الشخص غير المتحكم في انفعالاته فهو سريع الاستثارة، ليس واثقاً من نفسه ويخطئ في حق الآخرين.

نشاط (2) موقف:
دعوت أحد أصدقائك لحضور حفل أو لزيارتك في المنزل، وهو في الطريق إليك رأى حادثة كبيرة أثرت عليه فجعلته خائفاً وغاضباً ماذا تفعل؟
1- تأخذ في شتم الحوادث والناس كي تشعره أنك تفهمه.
2- تدير له التليفزيون أو التسجيل وتذهب لباقي أصدقائك.
3- تقول له انس.
4- تذكر له حادثة مماثلة وتجعله ينتبه معك وتوضح له كيف أن الجاني أخذ جزاءه.
- تناقش الباحثة الإجابات، وأفضل اختيار هو 4 لأن فيه تشتيت انتباه ورؤية للموقف وتفهم لمشاعر الصديق وهذه من طرق التعامل مع الغضب.

يلاحظ أنه من الاستراتيجيات التي يستخدمها البشر للتخفيف من الغضب هي استراتيجية التهدئة، ومن الأفضل التهدئة قبل المواجهة بأسلوب بناء بهدف تصفية الموقف.
وأيضاً استراتيجية التشتيت، وقد وجد أنها وسيلة فعالة في تغيير الحالة المزاجية، ومن طرق التشتيت زيارة أماكن محببة إليك أو مشاهدة التليفزيون أو الوجود مع صحبة تحبها أو القيام بعمل محبب أو مؤجل عليك.
- توزع الباحثة ملصق أساليب التكيف وتناقشه مع الأمهات.
ويلاحظ أنه من الاستراتيجيات الخاطئة البكاء فترة لأنه قد يؤدي إلى كسر حدة الحزن، ولكن قد يؤدي إلى العكس وإطالة الشعور بالحزن والبؤس إلى جانب حدوث اضطرابات جسمية.

* توضح الباحثة مفهوم السطو الوجداني؛ وهو عبارة عن لحظات تتغلب فيها المشاعر على أى منطق دون وعي أو إرادة فيجب على كل واحد منا التحكم في انفعالاته وأن يكون واعياً لما يحدث حوله ويدير أموره بنفسه بعقلانية وبتفكير، فلا يعمل عملاً إلا بعد أن يفكر في الأمور المرتبطة بهذا العمل.

نشاط (3):
هل حدث أن مررت بخبرة السطو الوجداني؟
فكر في موقف حدث لك ، وماذا فعلت؟ وماكان شعورك في هذا الموقف؟

* تتحدث الباحثة هنا عن موقف الصراع؛ ففي حالة وجود صراع على شيئ معين هناك خمسة بدائل لمواجهة الصراع:
1- **استخدام القوة:** في حالة وجود علاقات اجتماعية منخفضة أو غير مهمة والرغبة في تحقيق الهدف مرتفعة.
2- **المهادنة:** في حالة وجود علاقات اجتماعية مهمة ومرتفعة وانخفاض الرغبة في تحقيق الهدف.
3- **التناغم:** وهو التفاوض والمساومة، وهنا أهمية العلاقات الاجتماعية والرغبة في تحقيق الهدف متساوية.
4- **الانسحاب:** وهنا تكون كلتا العلاقات الاجتماعية والرغبة في تحقيق الهدف منخفضتى الأهمية.
5- **التعاون:** وفي هذه الحالة تكون كل من العلاقات الاجتماعية والرغبة في تحقيق الهدف مرتفعة.

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

- النشاط المنزلي:
أذكر موقفاً مررت فيه بمشاعر غضب، حلل نفسك خلال هذا الموقف(ماهي أفكارك وحالتك الجسمية وتصرفك في هذا الموقف) ، ثم اذكر ماهي الطريقة التى استخدمتها لإحداث التهدئة لنفسك وماهي مشاعرك الجديدة.

الجلسة الرابعة

التفكير العقلاني

المفاهيم الجديدة:
التفكير العقلاني- خطوات حل المشكلة.

- مراجعة النشاط المنزلي ومادار في الجلسة السابقة.
- تبدأالباحثة بتوضيح كيفية تغيير طريقة التفكير السلبي إلى طريقة إيجابية؛ فتبدأ بالتساؤل: عندما يكون لديك أفكار سلبية بماذا تشعر، وعندما تفكر في أفكار إيجابية وتصدقها بماذا تشعر؟
إن الإنسان الذي ليس لديه اكتئاب أو قلق يتساءل عن حقيقة أفكاره السلبية عندما يجدها وهو لا يصدقها.
- إن الفرق بين السعيد ومن لايشعر بالسعادة أنه يتصرف مثل مفتش (مخبر المشاعر)، فهو دائماً يتساءل عما يدور بداخله من أفكار.
عندما يكون هناك شخص سعيد بصفة عامة لديه أفكار سلبية فهو يسأل نفسه ليحدد هل هي حقيقية أم لا؟.
إنه يحدد إذا كانت حقيقية أم لا بتقديم الدليل على أن هذه الأفكار أو البدائل الإيجابية هي الحقيقية.

* سوف نبدأ العمل بطريقة أخرى لإنهاء الأفكار السلبية:
1- نمسك الأفكار السلبية.
2- نكتب الأفكار السلبية، وأحياناً مجرد كتابة الأفكار يساعدنا على أن نرى أنها غير حقيقية ويجب أن نفكر في مدى سخافتها.

3- نناقش هذه الأفكار.
أ- تظاهر أنك تتحدث مع شخص ما.
ب- حاول أن تفكر في الحجج والدلائل العكسية.
ج- أقنع نفسك أن هذه الأفكار خطأ.
د- عندما تفعل ذلك سوف تشعر بتحسن لأنك لاتصدق الأفكار السلبية.

فمثلاً:

- أنا ليس لدي أى صديق، تصبح: أنا قد لا يكون عندي كثير من الأصدقاء لكن لدي بعض الأصدقاء الحقيقيين.
- لا أستطيع أن أعمل أي عمل صائب، تصبح: ليس علي أن أكون مصيباً في كل ما أفعله.
- أنا شديد الغباء، تصبح: هذا كذب أنا ناجح في مجالات كثيرة تثبت ذكائي.

نشاط (1):

توزع الباحثة ملصق افعل شيئاً للأفكار السلبية، وتطلب من كل أم أن تكتب على الأقل ثلاث أفكار سلبية وتناقشها مع ذاتها وتكتب أفكاراً إيجابية تبرهن عكس الأفكار السلبية.

خطوات حل المشكلة:

1- **تحديد ماهي المشكلة**: إذا وجد شئ خطأ ابحث الموقف لمعرفة ماهو الخطأ، وتصرف كالمحقق في التفكير في المعلومات التي تساعد في معرفة المشكلة اسأل نفسك ماهو الشئ الذي جعلني أفكر في وجود شئ خطأ؟ أين تقع المشكلة؟ متى تحدث؟ ولماذا حدثت؟ مالذي سوف يحدث إذا لم أتعرف جيداً على المشكلة؟ ماذا تجعلني أحس؟.

2- **ماهو الهدف**: ماذا تريد أن يحدث؟ والهدف يتغير حسب الموقف. اعرف هدفك بسؤال: ماهو الأفضل الذي يمكن أن يحدث؟ تجنب التفكير السلبي وركز على الإيجابيات وعلى النتيجة المرغوب فيها.

3- **ماهي بعض الخطط**: فكر في خمس خطط على الأقل ولاتفكر فيماقد يحدث (العواقب) نهائياً.

4- **ماهي أحسن خطة تنبأ وانتقِ**: فكر في العواقب البناءة لكل خطة أو حل، ماهي الأشياء المرغوبة أو غير المرغوبة التي قد تحدث عند اختيارك لكل حل ثم افعلها.

5- **كيف نجوت أو كيف تعمل الخطة**: عندما تنفذ الخطة أو الحل راجع كيف كانت العاقبة؟ هل كما هي مخطط لها؟ أو يجب أن نعدل في الخطة.

- عندما تنتهي خطتك لو نجحت هنئ نفسك فأنت تستحق التقدير: قل لنفسك (شاطر- برافو عليا) وإذا لم تنجح قل (أنا حاولت وسأغير الخطة وأجرب شيئاً آخر).

نشاط (2):

توزع الباحثة ملصق خطوات حل المشكلة وتكتب على السبورة بعض المشاكل التي تقترحها الأمهات قد تكون: مشاعر غير سارة- اختلاف مع الناس- نقاط عملية- عدم التفكير بأنك جيد كفاية في عمل شيئ.........إلخ.
ثم نستخدم أسلوب حل المشكلات بطريقة جماعية لثلاث مشكلات على الأقل.

- نلخص ما قلناه من خلال عرض ملصق أهدافي وخطة العمل وشرح أن هناك ثلاثة أنواع من المشاكل التي تؤدي إلى مشاعر سلبية وتحتاج إلى خطة للتفكير فيها وحلها:
1- مشكلة نستطيع حلها أو تغييرها: نستخدم طرق حل المشكلات.
2- شيئ يضايقنا أو مشكلة لانستطيع تغييرها: نستعمل أساليب التكيف.

3- فكرة سلبية تجعلنا نشعر بالسوء: نغير طريقة التفكير إلى طريقة إيجابية.

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

- النشاط المنزلي:
أكتب موقفاً استخدمت فية خطوات حل المشكلة.

الجلسة الخامسة
الاسترخاء

المفاهيم الجديدة:
الاسترخاء وفنياته.

- مناقشة النشاط المنزلي، وتلخيص الجلسة السابقة.

- شرح فنيات الاسترخاء وهدفها:
1- **تدريبات شد وارتخاء العضلات** : الناس عندما يقلقون فإن عضلاتهم تتقلص أحيانا دون أن يدركوا ذلك وهذا يساهم في زيادة إحساسهم بالقلق والتوتر، إنه من المهم أن تلاحظ متى تشعر بهذه الطريقة حتى تستطيع أن تقاوم التوتر وتسترخي وتشعر أنك أفضل .
وسنقوم بالتدريب على جعل العضلات مشدوده ثم نرخيها تماما . نشد أذرعنا كما لو كانت ذراعاً من الصلب بشدة لمدة 10 ثوانٍ وبعدها نفرغ كل التوتر ونسقط أذرعنا ونحول ذراع الصلب إلى ذراع من الجيلي . تسأل الباحثة كل أم ماذا أحست وهل لاحظت الفرق. نكرر التمرين 3 مرات لكل ذراع وكذلك القدمين والرقبة . ثم نقوم بعمل تدريب السلحفاةوذلك بشد جميع عضلات الجسم شداً حقيقياً لمدة 10 ثوانٍ كاملة وبعدها نرخي جميع عضلات الجسم ونجلس باسترخاء على المقعد . ثم تسأل الباحثة ما هو شعور كل أم بعد حدوث الاسترخاء .

2- **التنفس من البطن** : هذا الأسلوب نوع خاص من التنفس؛ صمم لتقليل القلق والتوتر ويحسن التركيز .
- عندما يسترخي الناس يتنفسون بعمق أكثر من بطنهم وعندما يكونون قلقين يتنفسون أكثر سطحية ومن الصدر وكذلك تزداد عدد مرات التنفس، ولذلك فالتنفس من البطن يجعلك تحس أنك مسترخٍ ويحسن التركيز .
تبدأ الباحثة بالشرح على جسمها ثم تحث الأمهات على تقليدها . وتجعلهن يقيمن مستوى القلق لديهن على مقياس القلق (ترموتر القلق) وتحث على أن تضع كل أم إحدى يديها على صدرها والأخرى على بطنها وتوضح أنه في التنفس البطني اليد العليا لن تتحرك والأخرى سوف ترتفع وتنخفض .
*توضح الباحثة الطريقة وهي :- استتنشق ببطء وعمق من الأنف حتى قاع الرئة وعندها يدك السفلى ستتحرك وصدرك سيتحرك حركة بسيطة فقط.

- عندما نأخذ نفساً كاملاً ثم نتوقف لحظة ثم نخرج الهواء ببطء من الأنف او الفم حسب ما نفضل .ويجب ان نتأكد من إخراج الهواء تماماً ويجب أن تكون يداك وجسمك متحررين مثل العروسة القماش وتكون هناك صورة بصرية جيدة وهي صورة أمواج البحر تقترب وتتباعد ببطء وبمعدل ثابت.
- تنفس 10 مرات بطيئة من البطن وعد حتى 10 مع الزفير (كل زفير بعدة واحدة)
* عند استكمال التمرين تطلب الباحثة من كل أم أن تعيد تقييم مستوى القلق على ترمومتر القلق.

3- **الحديث الذاتي المهدئ**: هناك أسلوب الحديث إلى النفس , فهناك دائما ديالوج مستمر يمر بالرأس خلال اليوم , وهو دائماً موجود ولذلك نلاحظه, لكن الأ شياء التي نخبر بها أنفسنا تؤدي إلى نتائج هائلة إما بطريقة مساعدة او مؤذية.
* دائما عندما نكون شديدي الانفعال أو التوتر نقول عبارات سلبية لأنفسنا . ولذلك علينا أن نتفادى العبارات المهبطة مثل : أنا ضعيف, لماذا يحدث هذا لي . ولابد أن نقول لأنفسنا عبارات تشجيع ونقول إننا قادرون على أن نمر ونخرج مما يحدث لنا.

* أعد التفكير في العبارات المهدئة وابتعد عن نفي السلبي؛ فبدلاً من أن نقول (أنا لن أتوتر) نقول (أنا سأكون هادئاً)، ويجب أن تكون عباراتك على لسانك أنت وتبدأها بأنا وأن تكون في الزمن الحالي (الحاضر) ومن المهم أن يكون لديك بعض الاعتقاد في كلام النفس الإيجابي, ولا تختر شيئاً لأنه إيجابي فقط ، بل يجب أن يكون صحيحاً بالنسبة لك .

4- وايضا من طرق تهدئة الغضب المتعلقه بالاسترخاء؛ **تركيز الانتباه في صورة ذهنية وغلق العينين مع العد ببطء من واحد لعشرين.**

5- كذلك من الطرق البسيطة والفعالة، **فتح الفم على اتساعه لمدة ثانيتين مع التنفس العميق**. وهذه طريقة تصلح في حالة الغضب.

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

- النشاط المنزلي :

قم بممارسة - على الأقل - ثلاث طرق من الاسترخاء يومياً قبل النوم ودَوِّن الفرق على ترمومتر القلق.

الجلسة السادسة

الدافعية

المفاهيم الجديدة:
الدافعية- التدفق- الاندفاعية- تأجيل الإشباع.

- مراجعة النشاط المنزلي وتلخيص الجلسة السابقة .
- توضح الباحثة أن الدافعية تعني الحماس والمثابرة وحث النفس على العمل برغم مواجهة الصعاب ، وللدافعية دور إيجابي فهي تعمل على تجميع المشاعر والحماس والهمه والثقة ؛ فهي تؤدي إلى الثقة بالنفس . فالفرد الذي يواجه مشكلة لابد أن يكون لديه ثقة بالنفس وقدرة على إقناع نفسه بانه قادر على حل هذا المشكلة ومواجهتها وليس تركها والبعد عنها.
فالدافعية هي تحفيز الفرد نفسه بنفسه, وأن يكون لدى الفرد أمل وتفاؤل في حل المشكلات التي تواجهه, فالأمل يعني التوقع القوي المرتفع.

- فامتلاك الأمل معناه أن الإنسان لن يستسلم للقلق والحزن والهزيمة , فإن الناس الذين لديهم أمل يكونون أقل اكتئاباً من الآخرين؛ فهم يحاولون تحقيق أهدافهم وهم أقل قلقاً بصفة عامة ولديهم متاعب أقل .

والتفاؤل مثل الأمل , فإن التفاؤل يوضح كيف يفسر الناس لأنفسهم نجاحهم أو فشلهم، فالناس المتفائلون يرون أن الفشل يعود إلى شيء يمكن تغييره بحيث أنهم يستطيعون أن ينجحوا في المرات القادمة , بينما يتناول المتشائمون الفشل على نحو ينسبونه إلى بعض الخصائص الدائمة لديهم والتي لا يستطيعون لها دفعاً أو تغييراً.

نشاط (1) موقف:

عندما تواجهك مشكلة كبيرة وتجد صعوبة شديدة في التعامل معها، ماذا تفعل؟

أ- تدعي أنها ليست موجودة.

ب- تذهب لأصدقائك لحلها.

ج- تحاول أن تلهي نفسك.

د- تتعامل معها بجد وعزيمة .

- تعرض الباحثة الموقف على الأمهات وتطلب من كل واحدة منهن أن تختار اختياراً واحداً من الاختيارات الأربعة ؛ ثم تناقشهن وتوضح لهن أن أفضل اختيار هو (د) لأن فيه تعاملاً مع المشكلة ومواجهتها، برغم الصعاب التي تؤدي إلى فشلها .

أسهل الطرق لمساعدة نفسك وتحسن مشاعرك أن تفعل الأشياء السارة المفرحة , ولكن عندما تكون مشاعرك سيئة يكون من الصعب عليك - وليس لديك طاقة أو دافع - أن تفعل هذه الأشياء المفرحة ، ولذلك يجب أن تدفع نفسك وتأخذ المساعدة من الآخرين ليدفعوك لفعل هذه الأشياء المبهجة والمفرحة، ربما تعتقد أنه ليس هناك شيء سار أو أن هناك أشياء سوف تحدث ولكن إذا فعلت هذه الأشياء تشعر بالبهجة وتعطيك طاقة , فكلما زدت من الانفعالات التى تسرك زادت طاقتك.

- ولذلك ينبغي أن نهتم ونتمسك بالإيجابيات الموجودة في حياتنا التي سوف تؤدي إلى التفكير الإيجابي الذي يساعد على تحسن المشاعر ويشعرنا أننا أفضل.

نشاط (2):

توزع الباحثة ملصق افتح قلبك للإيجابيات الخاصة بك، وتطلب من كل أم أن تكتب على الأقل ثلاثة أشياء إيجابية في حياتها وتنظر إليها وتخبرنا ماذا تشعر، وما درجتها على مقياس المزاج.

نشاط (3):

توزع الباحثة مصلق قائمة المكافأة والتعزيز، وتطلب من كل أم أن تكتب على الأقل ثلاثة سلوكيات إيجابية تود أن تفعلها والمكافات التي يمكن أن تمنحها لنفسها أو تحصل عليها من الآخرين عند القيام بهذه السلوكيات ، وتطلب منها أن تنفذ هذه القائمة في المنزل، وتتمسك بإعطائها المكافأة لنفسها بعد القيام بالسلوك ، وذلك لتحفيز الدافع للإتيان بالسلوك الإيجابي والذي تتبعه مشاعر إيجابية.

توضح الباحثة مفهوم التدفق:
وهو المنطقة التي يأتي فيها التميز بلا مجهود كبير , وإذا كان الإنسان في ملعب أو يلعب لعبة وأمامه مشاهدون ومنافسون , فإنهم يختفون من أمامه. إنها الحالة التي يستغرقها الناس كلية فيما يقومون به من أعمال موجهين أقصى درجات الانتباه إلى العمل.

وهناك طرق متعددة للدخول في حالة التدفق؛ واحدة منها هي التركيز العمدي بانتباه شديد على العمل الذي بين يدي الفرد, لأن جوهر التدفق هو حالة من التركيز العالي، فعندما يبدأ التركيز فإن العملية تسير في مسارين:

الأول :- يتكفل بتقديم الراحة أو التخفيف من الاضطراب الانفعالي.

والثاني:- ييسر القيام بالعمل من غير مجهود كبير.

وطريقة أخرى، وهي متى يحدث التدفق؟ عندما يواجه الإنسان بعمل يتقنه ولكن بمستوى من الصعوبة أعلى من قدراته قليلاً؛ لأنه إذا كان المطلوب منه قليلاً فإن هذا يصيبه بالملل, وإذا كان المطلوب منه كثيراً جداً، فإنه سيصاب بالقلق و التوتر.

مع ملاحظة أن التدفق لا يحدث عادة أثناء لحظات الاسترخاء وفي وقت الفراغ , ولكنه يحدث عندما يكون الفرد مندمجاً في أداء عمل صعب, عمل من شأنه أن ينمي قدراته العقلية والجسمية، عمل في مهمة متحدية نصل من خلالها إلى الذروة .

من المهارات الأخرى التي يجب أن يتحلى بها الفرد هي مقاومة الاندفاعية (التهور) فهي من جذور التحكم في الذات الانفعالية لأن كل الانفعالات تؤدي إلى الاندفاع في العمل أما تأجيل الإشباع، فهو مهارة مهمة للنجاح في الحياة.

نشاط (4):
فكر في موقف قاومت فيه الاندفاعية أو استطعت أن تؤجل الإشباع لرغباتك الداخلية . صف الموقف وما الذي تظن أو تشعر به أنه من العوامل المؤثرة في قدرتك على فعل هذا ؟

تتلقى الباحثة الإجابات، ثم توضح لهن أن هاتين المهارتين (المقاومة للاندفاع والقدرة على تأجيل الإشباع) هما من أساسيات النجاح في الحياة ولا بد أن يتدرب عليهما كل واحد منا إذا أراد أن يكون له شأن في المجتمع.

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

- النشاط المنزلي:
توزع الباحثة ملصق تمسك بالإيجابيات وتطلب من كل أم أن تراجع كل نشاط قامت به خلال اليوم وأن تكتبه في خانة هذا اليوم، وتسجل درجة مقياس المزاح وفقاً لشعورها تجاه هذا السلوك الإيجابي.

الجلسة السابعة

التعاطف

المفاهيم الجديدة:
التعاطف- الاهتمام.

- مراجعة النشاط المنزلي، وما دار في الجلسة السابقة.

- توضح الباحثة مفهوم التعاطف:
التعاطف هو التعرف إلى مشاعر الآخرين وقراءتها والاستجابة لها , ويعد التعاطف أحد أبعاد الذكاء الوجداني، وهو يعني أيضاً أن يضع الفرد نفسه مكان فرد آخر. والتعاطف يساعدنا على خلق علاقة ألفة مع الآخرين وعلى المحافظة عليها.
إن غياب التعاطف يؤدي إلى زيادة معدل الجرائم مثل السرقة و القتل؛ فإن عدم مقدرة المجرمين على الإحساس بآلام الضحية يجعل سلوكهم المنحرف أمراً وارداً ومحتملاً.

- التعاطف يقوم على أساس الوعي بالذات؛ فبقدر ما نكون قادرين على تقبل مشاعرنا وإدراكها نكون قادرين على قراءة المشاعر غير المقروءة، مثل رنة الصوت والإيماءات والتعبيرات بالوجه وما شابه ذلك. وهذا التعاطف يكون من الصغر ، وأبسط مثال على ذلك شعور الطفل بأن انفعالاته ستواجه بتفهم وتقبل عن طريق ما يسمى بالتناغم بينه وبين أمه.

- توضح الباحثة أن التعاطف مع الآخرين يتطلب أربع استراتيجيات، وهي :-

1-ملاحظة الفرد لذاته وملاحظة الآخرين؛ أي أنه عندما يتعرض الفرد لموقف ما يثير تعاطفه عليه ملاحظة ذاته، أي فيما يفكر وبماذا يشعر وكيف يسلك ويلاحظ أيضاً أفكار ومشاعر وسلوك الآخرين.

2-الاستماع الجيد للآخرين؛ أي تقبل ما يقوله الآخرون وتفهم وجهة نظرهم.

3-قراءة التعبيرات والإشارات غير اللفظية؛ مثل الإيماءات وتعبيرات الوجه ورنة الصوت.

4- **أن يضع الإنسان نفسه مكان الشخص الآخر؛** أي أن يتصور الإنسان أن ما حدث لهذا الشخص قد حدث له شخصياً .

نشاط (1):
تعرض الباحثة المواقف الثلاثة الآتية، وتطلب من كل أم أن تذكر ماذا ستفعل في كل موقف من هذه المواقف:-
1- إذا أحضرت صديقتك ملابس جديدة أو أشياء جديدة معها.
2- إذا فقدت صديقتك شيئاً.
3- إذا شعرت صديقتك بتعب وهي معك.

- وبعد سماع الإجابات على كل موقف من هذه المواقف، توضح الباحثة للأمهات أنه يجب التعاطف مع الآخرين وأن يضع الإنسان نفسه مكان الآخرين، فيفرح لفرحهم ويغضب لغضبهم ويساعدهم على أن يتغلبوا على غضبهم.

نشاط (2):

تعرض الباحثة هنا مجموعة من الصور لوجوه بعض الأشخاص منها وجوه توضح الحزن والبكاء ،ووجوه توضح السعادة والفرح وهكذا.
وتطلب من كل أم أن تقرأ مشاعر هذا الوجه، وأن تضع نفسها مكانه، فبماذا تشعر؟

تتلقي الباحثة استجابات الأمهات وتتناقش معهن , ثم توضح أن حوالي 90% من الاتصالات بين الأفراد تتم بطريقة غير لفظية , ولكن الناس يتفاوتون في قدراتهم على القراءة المناسبة أو الصحيحة والاستجابة للإشارات غير اللفظية للآخرين.

- ويلاحظ أن هناك نوعين للتعاطف مع الآخرين : تعاطف لفظي وتعاطف غير لفظي.

- **التعاطف اللفظي**: وهو يتضمن الكلمات التي نستخدمها باعتبارها جزءاً من رسالتنا التي نبعثها للآخرين أو التي تعبر من خلالها عن تعاطفنا معهم.

- **التعاطف غير اللفظي**: وهو يتضمن الإيماءات وتعبيرات الوجه ، ورنه الصوت، وإشارات اليد، والمسافة التي تفصل بين الأفراد في مواقف التفاعل، والتقاء العينين، إلخ.

- فيجب أن يحدث ازدواج بين الجانب اللفظي وغير اللفظي للرسالة التي يرغب الفرد في إرسالها للآخرين؛ أي يتفق ما نقوله مع ما نفعله , فلا يصح أن يهنئ شخص شخصاً آخر على نجاحه وهو يبكي، أو أن يعزي شخص شخصاً آخر وهو يضحك, ولكن لابد من الازدواج بين ما نقوله وما يظهر علينا من عواطف.

ويلاحظ أن التعاطف والاهتمام يرتبطان بعضهما ببعض؛ فإذا كنت تشعر بشخص ما, فإن هذا يعني أنك تهتم به , أما إذا كنت تحس بآلام شخص ما فهذا يعني أنك تتقمصه وجدانيا.
- والأفراد الذين يهتمون بالآخرين غالبا ما يستخدمون هذا الاهتمام في اتخاذ القرارات فيما يخص سلوكهم؛ فمثلاً تأمل أحد الأفراد الذي تأذى شعوره من زميله فقال عنه: ((إنني غاضب منه)) ولكنني الآن أتذكر أن الغضب هو أقرب ما يكون من الخطر . إنني لا أريد أن أسبب أذى لصديقي، ولكني أريد أن يغير سلوكه، فالاهتمام والتعاطف وجهان لعملة واحدة

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

الجلسة الثامنة

إدارة العلاقات

المفاهيم الجديدة:

إدارة العلاقات.

- **تبدأ الباحثة الجلسة بتوجيه سؤال للأمهات:** ما هو فن العلاقة مع الآخرين؟ أي كيف تتعامل معهم , وما الذي يجعل الشخص مقبولاً اجتماعياً وآخر ليس مقبولاً اجتماعياً؟.

ثم توضح أن القدرة على إدارة العلاقات مع الآخرين تتطلب القدرة على معرفة مشاعر الآخرين, والتصرف بطريقة تعزز تشكيل هذه المشاعر؛ فالقدرة على التحكم في انفعالات شخص آخر هو جوهر المهارات في العلاقات مع الآخرين.

- إن التعامل مع عواطف وانفعالات شخص آخر – أي في العلاقات بين البشر – يتطلب نضج مهارتين أساسيتين, هما **التحكم في النفس**(إدارة العلاقات) و**التعاطف**, وعلى هذا الأساس تنمو مهارات البشر وتنضج, والعجز في امتلاك هذه المهارات يؤدي إلى عجز وفشل في الحياة الاجتماعية، أو إلى تكرار النكبات التي تحدث بين الناس. فهو سبب فشل العلاقات المتبادلة بين الأشخاص بما فيهم الأذكياء، ويحدث ذلك نتيجة تصرفاتهم المتغطرسة وبلادة إحساسيهم وبغض بعضهم لبعض.

فكما قلنا إن الذكاء الوجداني أهم من الذكاء العام (الأكاديمي)؛ إذ يسهم في النجاح في الحياة بنسبة تفوق 80% ويترك 20% للذكاء الأكاديمي .

نشاط (1):

فكر في إحدى المرات التي (أصبت فيها بانفعال) من شخص ما , وفي مرة أخرى ساعدت شخصاً ما في أن يهدئ من انفعالاته ماذا فعلت بالضبط ؟ كيف كان الأمر ؟ ماذا كانت استجابة هذا الشخص؟.

- وتوضح الباحثة أن القدرة على إدارة الانفعالات مع الآخرين هى أساس تناول العلاقات على نحو صحي وسليم, تلك المهارات الأساسية في إقامة علاقات إيجابية مثمرة مع الآخرين. ولكي يصل الأطفال الصغار إلى القدرة على إدارة الانفعالات مع الآخرين فإنهم لابد من أن يتعلموا منذ الصغر كيف يتحكمون في أنفسهم وأن يكون في إمكانهم التخفيف من انفعالات الغضب عند الآخرين.

- وعندما يتفاعل شخصان، فإن اتجاه المزاج ينتقل من الشخص الذي يكون أكثر قوة في تعبيره عن انفعالاته إلى الشخص الذي يكون أكثر سلبية، أو أقل تعبيراً عن انفعالاته ومشاعره , ولكن هناك بعض الناس أكثر قابلية بصفة خاصة للإصابة بالعدوى الانفعالية (أي تأثير غيرهم عليهم بسهولة)، حتى إن إعلانات التليفزيون يمكن أن تستدعي دموعهم.

- إن المشاعر تنتقل من شخص لآخر، والناس مختلفون في التعبير عن مشاعرهم تجاه الآخرين ؛ فبعض الناس يكون أكثر تلقائية في التعبير عن مشاعره وبعضهم الآخر يبالغ أو يقلل أو حتى يستبدل مشاعره بمشاعر أخرى .

إن أهم الأسس في اللياقة الاجتماعية وفي العلاقات بين البشر هو كيفية إظهار الأفراد لمشاعرهم وأحاسيسهم , وتؤثر الخلفية الثقافية على كيفية إظهار الناس لمشاعرهم، ويمكن أن نتعلم هذه الطريقة منذ بداية الحياة وطوال حياتنا من خلال التربية.

نشاط(2):

تعرض الباحثة موقفين وتطلب من كل أم أن تذكر التصرف الذي ستفعله في كل موقف :-

* إذا كنت على موعد مع صديقة لكِ وهي قادمة إليكِ فقدت مالها.
* إذا تسببت في عمل مشكلة لزميلك.

وبعد تلقى إجابة كل أم على هذين الموقفين؛ توضح الباحثة أنه يجب التعامل مع الآخرين ومساعدتهم إذا حدثت لهم مشكلة والوقوف بجانبهم.

ويلاحظ أن التواصل الجيد مع الآخرين يتطلب الالتزام ببعض القواعد، منها:-
الاعتناء بالأشياء الصغيرة – إظهار النزاهة الشخصية – الاعتذار بصدق عندما تقوم بشئ خطأ – المحافظة على الوعود – الاتصال بأصدقاء الماضي – الموافقة على قبول الدعوات – الحرص على الصلة بأفراد عائلتك وجيرانك – كن واقعياً – نشط الذاكرة البصرية (احرص على تسجيل ما يميز من تقابله).

- **ويلاحظ أن هناك أخطاءً يرتكبها الأفراد عندما ينضمون إلى جماعة جديدة** ؛ فيجب الابتعاد عنها مثل :-

1- محاولة أخذ زمام القيادة حالاً.

2- الافتقار إلى التزامن في الالتحاق بالجماعة والمشاركة في أنشطتها حسب إطارها المرجعي.

نشـاط (3):

تقسم الباحثة مجموعة الأمهات إلى ثنائيات, وتعطي كل ثنائي مجموعة من الأقلام والأوراق، وتطلب الباحثة رسم دائرتين متقاطعتين كبيرتين وتوضح لهم ذلك بالرسم, ثم تكتب كل واحدة منهما اسمها على إحدى الدائرتين, وفي الجزء المتقاطع من الدائرتين تكتب كل أم ما تعتقد أنه يمثل تفضيلاتها الشخصية. وفي الجزء المتقاطع من الدائرتين تطلب الباحثة من الأمين أن يكتبا الأشياء التي يحبانها.

وتطلب الباحثة مقارنة الرسومات، وما أوجه التشابه والاختلاف؟، حيث يهدف هذا النشاط إلى اكتشاف الطرق أو الأوجه التي يتفق أو يختلف فيها أعضاء الجماعة.

- تلخص الباحثة ما دار في الجلسة.

جلسة الإنـهاء

تقوم فيها الباحثة بمراجعة مادار في الجلسات الثمانية ، وتلقي تساؤلات ومقترحات الأمهات ، ثم تقوم بعمل القياس البعدي ؛ بإعادة تطبيق بطارية الاختبارات على الأمهات.

ملحق(3)

<u>الملصقات التى استخدمت في جلسات البرنـامج الإرشادى المعرفي*</u>

<u>*مأخوذة من:</u>

A.Okasha, and developed by Columbia University Chaired by P.Jenson: **Cognitive Behavioral Therapy**, Translated into Arabic (2004) by Amira Seif Eldin.

بطاقات المشاعر: كلمات السعادة، الحزن و الغضب

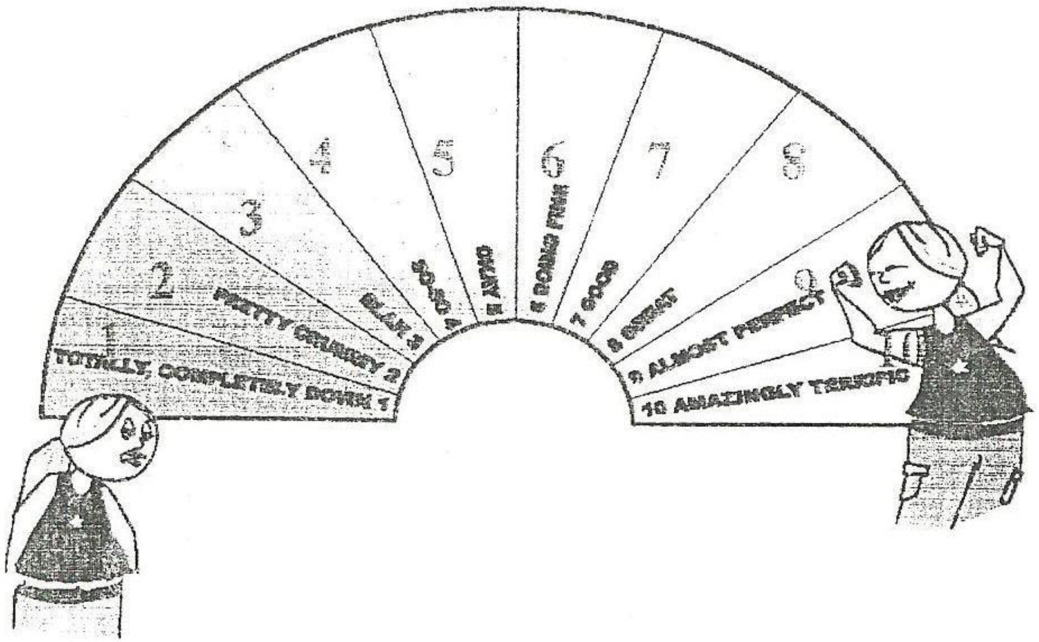
مرح	سرور	مبتهج	منتعش	فرح شديد
سعادة زائدة	إثارة	منتشي	يهتز طرباً	طروب
مغموم	محبط	غير سعيد	رائع	مسرور
يأس	مكتئب	مهزوم	منكسر	مطحون
متضايق	مشتت	كآبة	بدون افراح	حزين
متزعج	محبط	هائج	يستشيط غضب	حانق
ثائر	غاضب	شرس	أحمق	غضبان

Emotion Cards: Words of Happiness Sadness, and Anger

Joyful	Exhilarated	Glad	Pleased	Cheerful
Gleeful	Thrilled	Ecstatic	Excited	Overjoyed
Delighted	Jolly	Unhappy	Disappointed	Down
Crushed	Defeated	Defeated	Depressed	Hopeless
Sorrowful	Joyless	Blue	Distracted	Annoyed
Enraged	Fuming	Furious	Frustrated	Bothered
Upset	Mad	Flustered	Irritated	Outraged

2+1 حالة نفسية سيئة جدا
4+3 حالة نفسية سيئة
6+5 أحيانا سيئة و أحيانا جيدة
8+7 حالة نفسية جيدة
10+9 حالة نفسية جيدة جداً

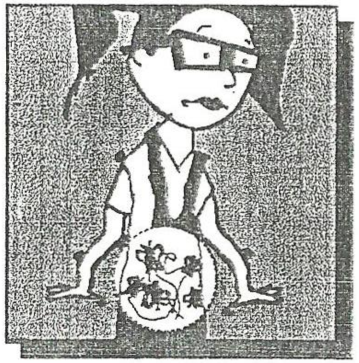
مقياس المزاج



مفاتيح الألغاز من مخبر المشاعر

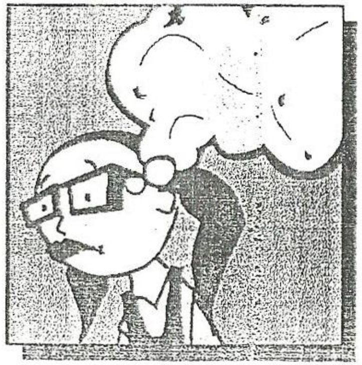
Clues that you are experiencing an emotion are found in three places

مفاتيح الألغاز التى تشعر بها تتواجد فى ثلاث أماكن



- **BODY**

الجسم

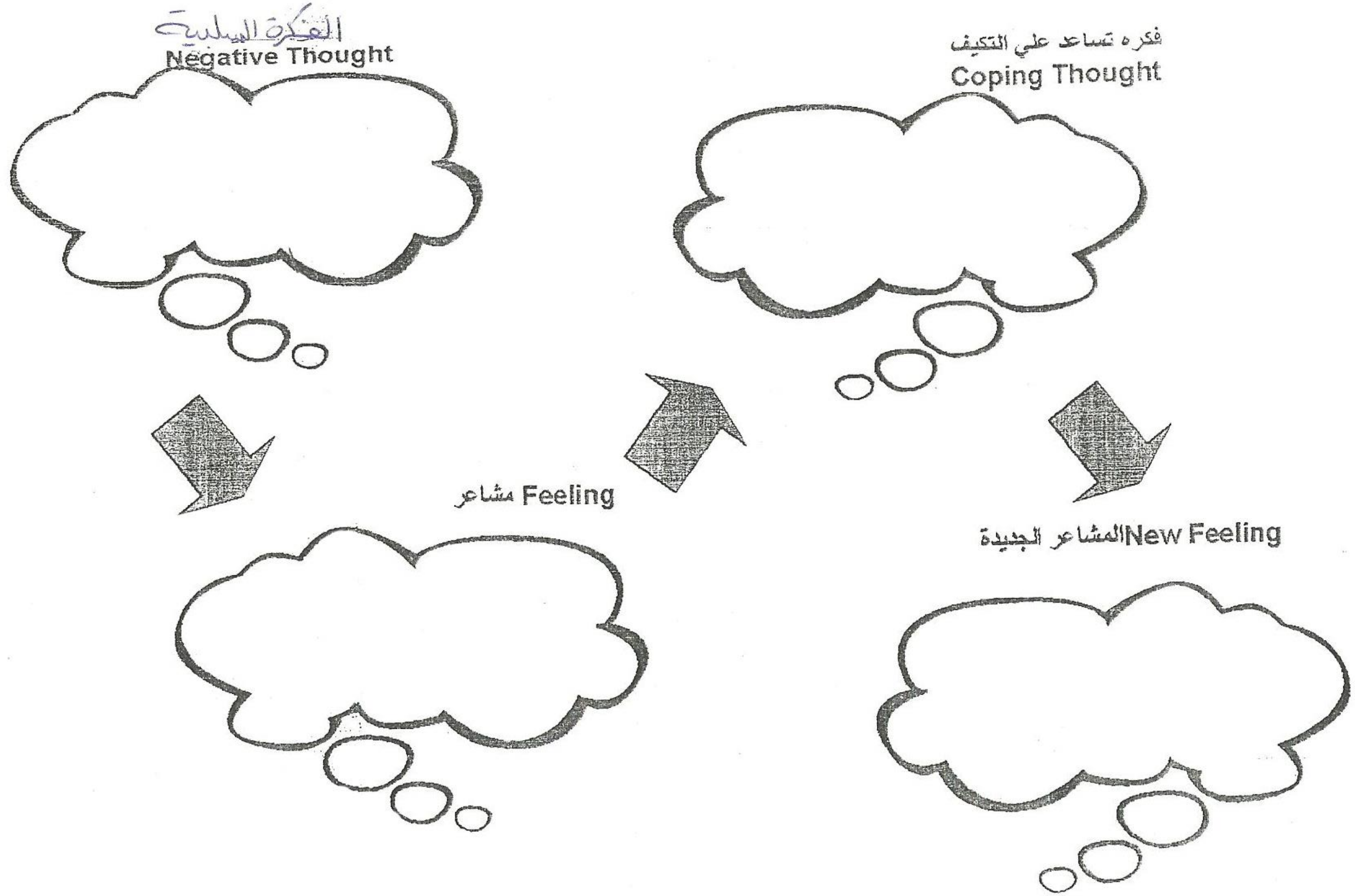


BRAIN

العقل

BEHAVIOR

السلوك


الفكرة السلبية
Negative Thought
فكره تساعد علي التكيف
Coping Thought
مشاعر Feeling
المشاعر الجديدةNew Feeling

(أساليب التكيف)
اعمل شيء ممتعا و مذهلا
Do something enjoyable and distracting
افعل شيء يهدئ و يساعد على الاسترخاء
Do something soothing and relaxing.
افعل شيء لكي تستهلك الطاقة
Do something that expends energy
ابحث عن شخص تتحدث إليه
Find someone to talk
غير الطريقة التي تفكر بها
Change the way you are thinking.

نشاط منزلي

لاحظ عندما يكون لديك مشاعر سلبية حاول استخدام أساليب التكيف لتساعد نفسك للتحسن أوصف بما ذا تشعر و ماذا استعملت
ولهذا حاولت أن أفعل شيء ACTION ________ وبعدها شعرت ________
كنت أشعر

[نشاط منزلى]

Tell about a time your feelings changed: تحدث عن الوقت الذي تغيرت فيه مشاعرك

What was your first feeling? ________________________ ماذا كان شعورك أولا

What happened to change that feeling? ________________ ماذا حدث لتغيير ذلك الشعور

What was the new feeling? ____________________ ما هو الشعور الجديد

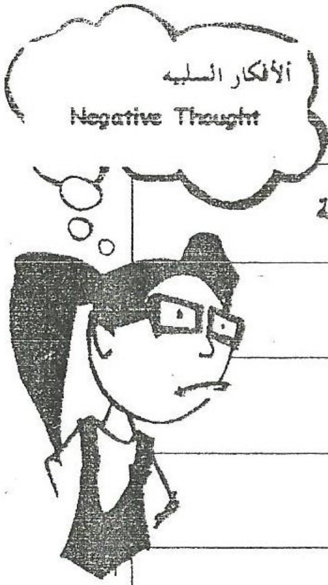
What were the clues? أين مفاتيح اللغز؟

Body: ________________________________ الجسم

Brain: ________________________________ العقل

Behavior: ________________________________ السلوك

What did you do to feel better? ____________________ ماذا فعلت لكي تشعر بتحسن



افعل شيءACTION للأفكار السلبية

Take ACTION to Negative Thoughts!

الأفكار السلبيةNegative Thought	البرهان لإثبات عكس الفكرة السلبية Opposite Argument

خطـــــوات حـــل المشكلـــة

PROBLEM: What is the problem?

ما هي المشكلة؟

PURPOSE: What is my goal?

ما هو هدفي؟

PLANS: What are my plans?

ما هي خططي؟

PREDICT AND PICK: Which is the best plan?

ما هي أفضل خطة؟

PAT ON THE BACK: How did it work?

كيف تعمل؟

أهدافي و خطـــــة العمــــل

إذا كان هناك شيء يضايقك و تستطيع التغير ←	استعمل حل المشكلة Use problem solving.
<u>شيء يضايقك و لا تستطيـع التغيـر</u> ←	استعمل أساليب التكيف Use a coping Strategy
<u>فكرة سلبية تجعلك تشعر انــك سيء</u> ←	غير الطريقة التي تفكر بها Change the way you are thinking.

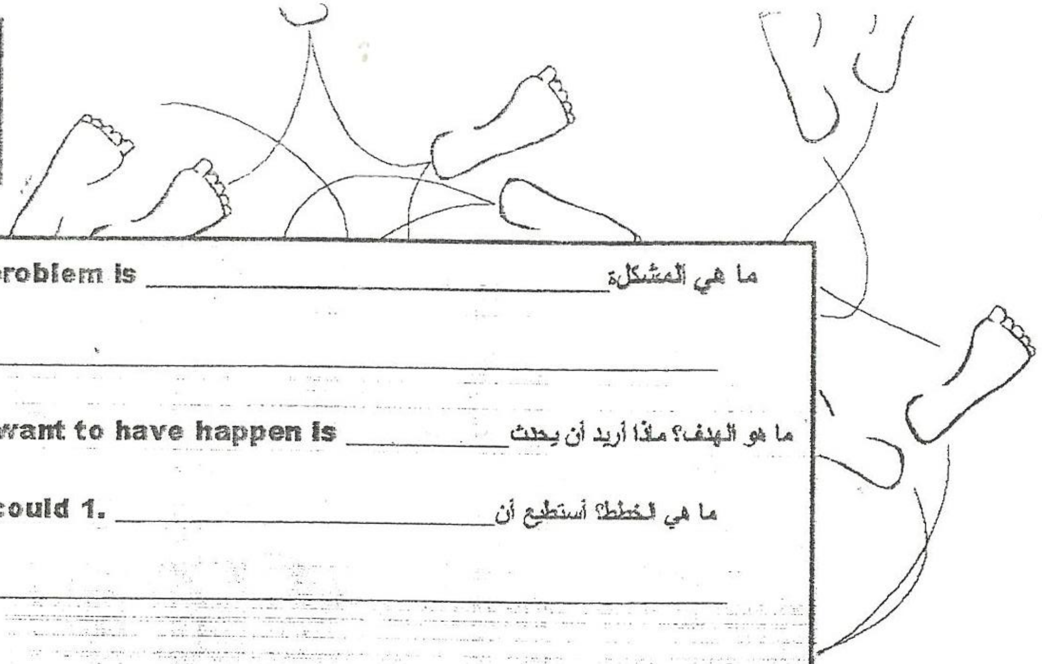
أستطيع تغيير مايضايقنى مثل..........................بواسطة..

....بواسطة..

....بواسطة..

....بواسطة..

لاحظ وقت أن يكون لديك مشكلة إكتبها و كيف تحلها من خلال 5 P's.



DAY: اليوم

What is the problem? The problem is ____________ ما هي المشكلة

____

What is the purpose? What I want to have happen is ____________ ما هو الهدف؟ ماذا أريد أن يحدث

What are some plans? I could 1. ____________ ما هي الخطط؟ أستطيع أن

2. ____________

3. ____________

4. ____________

5. ____________

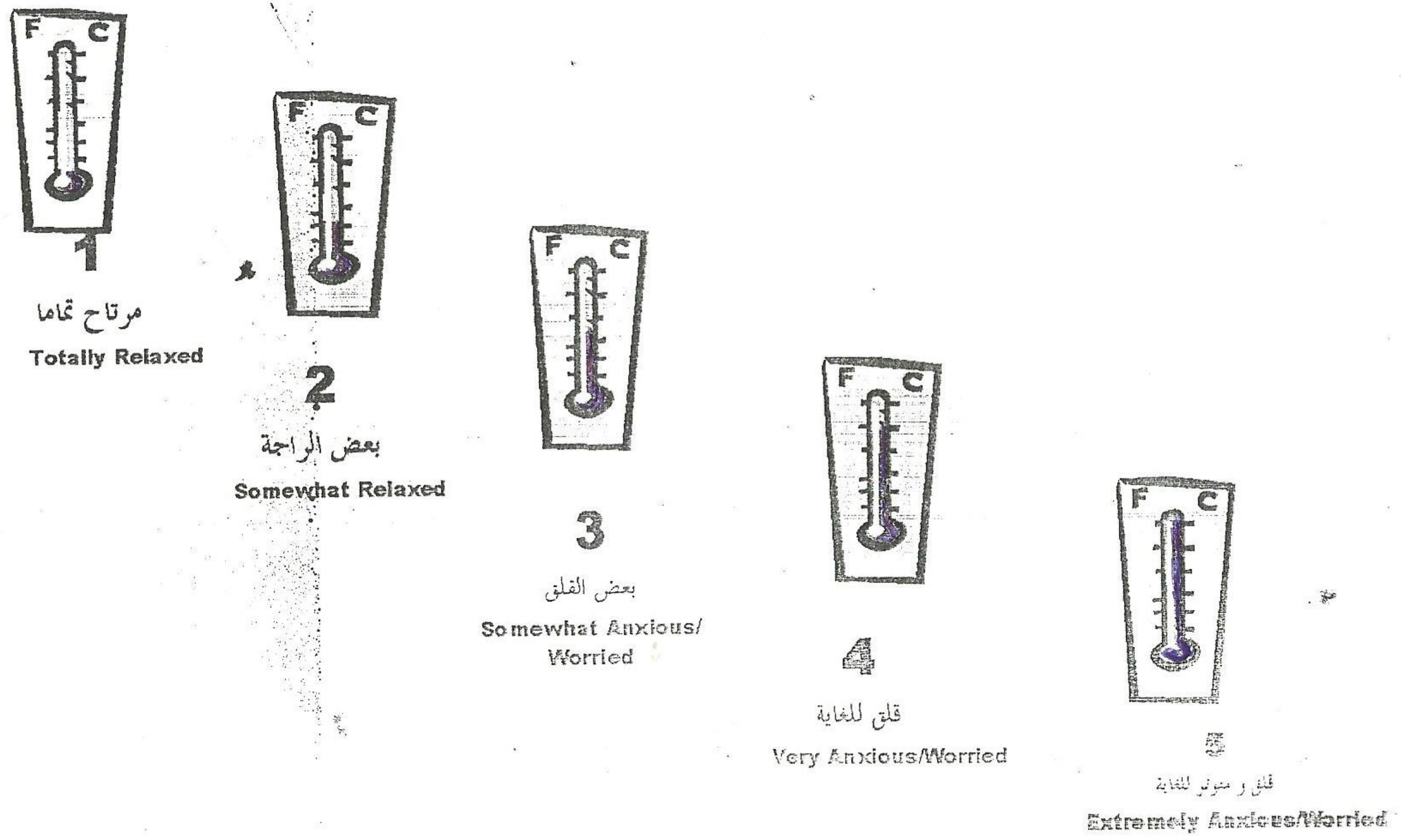
Predict and pick the best plan. It is ____________ توقع و لختار أفضل خطة ...هي

How did it work? It worked ____________ كيف سوف تعمل

Pat yourself on the back! هنأ نفسك و اربت على ظهرك

نشاط منزلى

The Worry Thermometer مقياس القلق



Open Yourself to the Positive!

افتح قلبك للايجابيات الخاصة بك

بناء قائمة المكافأة و التعزيز Constructing an R & R Menu

السلوك الايجابي Positive Behaviors	المكافأة المحتملة Potential Rewards

تعليمات:

أ- تقدم بمزيد من التعزيز و المكافآت (تذكر أن المكافأة يمكن أن تكون نشاط-وقت امتيازا-مواد)

ب- اختراع قائمة المكافآت التي تتمنى الحصول عليها.

جـ- لاحظ أن هذه القائمة يمكن أن تلصقها على لوح الإعلانات أو الثلاجة لتكون حافز مرئي.

نشاط منزلى

تمسك بالايجابيات

تعليمات: راجع كل نشاط قمت به هذا الأسبوع و قيم مزاجك في اليوم من 1: 10 على قمة القائمة

الاسم: ....

التاريخ:..

سبت	أحد	اثنين	ثلاثاء	أربعاء	خميس	جمعة	مقياس المزاج اليومي → الإحداث المفرحة

CATCH The POSITIVE

تمسك بالايجابيات

ملخص البحث باللغة العربية

1- مقدمة البحث:

يعد التوحد من الاضطرابات النمائية التي يتعرض لها الطفل ، والتي تؤدي بدورها إلى عدد من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين ، مما ينعكس بشكل مباشر على الصحة النفسية لهما . ويمكن أن نفسر إصابة أم الطفل التوحدي باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بوصفها استجابة لهذا المثير ؛ وهو إصابة الطفل بالتوحد.

2- مشكلة البحث:

1- ماعلاقة الذكاء الوجدانى باضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين ؟
2-ما علاقة الذكاء الوجداني بوجهة نظر الأمهات تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أطفالهن التوحديين؟
3-هل هناك علاقة بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين ووجهة نظرهن تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن؟
4-هل ينجح البرنامج الإرشادي في تنمية الذكاء الوجداني لدى هؤلاء الأمهات ؟
5-هل ينجح البرنامج الإرشادي في تخفيف حدة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة؟
6- هل ينجح البرنامح الإرشادي في تحسين وجهة نظر الأمهات تجاه المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أطفالهن التوحديين؟

3- أهداف البحث:

يهدف البحث إلى تصميم برنامج إرشادي معرفي لأمهات الأطفال التوحديين المصابات باضطراب ضغوط مابعد الصدمة لتنمية الذكاء الوجداني لديهن، وقياس مدى فاعلية هذا البرنامج في علاج الاضطراب ، وذلك من خلال القياس القبلي والبعدي لكل من متغير الذكاء الوجداني ، ومتغير اضطراب ضغوط مابعد الصدمة.

4- فروض البحث:

1- توجد فروق دالة إحصائياً في الذكاء الوجداني لدى أمهات الأطفال التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده.
2- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى أمهات الأطفال التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادى وبعده.
3- توجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى تقدير الأمهات للمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين قبل تطبيق البرنامج الإرشادى وبعده.
4- يوجد ارتباط جوهري سالب بين الذكاء الوجدانى واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من أمهات الأطفال التوحديين.
5- يوجد ارتباط جوهري سالب بين الذكاء الوجداني وتقدير الأمهات للاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين.
6- يوجد ارتباط جوهري موجب بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة وتقدير الأمهات للاضطرابات والمشكلات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين.

5- عينة البحث:

تتكون عينة البحث الكلية من 35 أماً لأطفال توحديين تم جمعهن من عدة مراكز لذوي الاحتياجات الخاصة ، بعد ضبط بعض المتغيرات، حتى يتفق جميع أفراد العينة في خصائصها ؛ مثل:
الجنس ، والسن ، والمستوى التعليمي ، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والحدث الصادم.

ثم تم انتقاء العينة المرضية ؛ وهي 10 أمهات بناء على القياس القبلي.

6- أدوات البحث:

استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

1- مقياس الذكاء الوجداني ، إعداد نورة خليل.
2- مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة المعدل ، ترجمة أحمد عبد الخالق.
3- مقياس المشكلات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر الأم، إعداد عبد الفتاح دويدار.
4- استمارة البيانات الشخصية لأمهات أفراد عينة البحث ، إعداد الباحثة.
5- برنامج إرشادي معرفي ، إعداد الباحثة.

7- الأساليب الإحصائية:

قامت الباحثة بتحليل بيانات القياس القبلي والبعدي للبرنامج باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

8- نتائج البحث:

1- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً وجوهرية بين الذكاء الوجداني بأبعاده الخمسة ، واضطراب ضغوط مابعد الصدمة.
2- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً وجوهرية بين الذكاء الوجداني ، وتقدير الأمهات للاضطرابات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين.
3- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً وجوهرية بين اضطراب ضغوط مابعد الصدمة ، وتقدير الأمهات للاضطرابات النفسية والاجتماعية لأطفالهن التوحديين.
4- توجد فروق جوهرية في كل من نسبة الذكاء الوجداني ، واضطراب ضغوط مابعد الصدمة ، ودرجة تقدير الأمهات لمشكلات أطفالهن التوحديين النفسية والاجتماعية، لدى أفراد العينة المرضية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده ،لصالح التطبيق البعدي.

- مما يدل على تحقق جميع فروض البحث.

Alexandria University

Faculty of Arts

Psychology Department

Measurement of the Effectiveness of A counseling-Cognitive Program for Improving the Emotional Intelligence of Autistic Children's Mothers

A thesis

Presented by

Dina Ali Ahmed Ali Al Eskandrani

In Partial Fulfillment of M.A. Studies in Psychology

Supervised by

Prof. Dr. Abdel - Fatah M.Dowidar

Prof. of Psychology

Faculty of Arts

Alexandria University

Measurement of the Effectiveness of A counseling- Cognitive Program for Improving the Emotional Intelligence of Autistic Children's Mothers

* Autism is one of the Pervasive Developmental Disorders; which leads to many social, psychological and economical problems for the parents of the children, and affects their mental health.
We can explain the Post – Traumatic Stress Disorder; which occurs to the mother of the autistic child as a response for the child's disability.

Problem of the research:

Problem of the research is summarized in answering the following questions:
1- What is the relation between Emotional Intelligence and Post – Traumatic Stress Disorder for the autistic children's mothers?

2- What is the relation between Emotional Intelligence and the Mothers' rate for social and psychological problems in the autistic children?

3- Is there a relation between Post- Traumatic Stress Disorder and the Mothers' rate for social and psychological problems in the autistic children?

4- Will the counseling – cognitive program get success in improving the Emotional Intelligence for these mothers?

5- Will the Counseling – Cognitive Program get Success in reducing Post-Traumatic Stress Disorder's symptoms?
6- Will the counseling – cognitive program get success in improving the Mother's rate for social and psychological problems in the autistic children?

The research's aims:

The research aims to design a counseling – cognitive program for the autistic children's mothers , which have Post – Traumatic Stress Disorder , in order to improve their Emotional Intelligence.
Additionally; it aims to measure the effectiveness of this program in the treatment of this disorder; through pre- and post – measurement for both variables.

The research's Hypotheses:

1- There are statistical significant differences between pre – and post – measurement in Emotional Intelligence.

2- There are statistical significant differences between pre – and post – measurement in Post – Traumatic Stress Disorder.

3- There are statistical significant differences between pre – and post – measurement in Mothers' rate for social and psychological disorders in their autistic children.

4- There is a negative statistically significant correlation between Emotional Intelligence, and Post – Traumatic Stress Disorder.

5- There is a negative statistically significant correlation between Emotional Intelligence, and the Mothers' rate for social and psychological disorders in the autistic children.

6- There is a positive statistically significant correlation between Post – Traumatic Stress Disorder, and the Mothers' rate for social and psychological disorders in the autistic children.

The research's Sample:

Sample of the research consists of 35 mothers for autistic children; whom were collected from many Special Needs' Centers.
Many variables were controlled to make sure that all individuals of the sample were similar in their characteristics; such as:
Gender, age, educational level, social and economical rate,and the traumatic event.
Then, 10 mothers were selected from the whole sample to the patient sample, according to the pre – measurement.

The research's Tools:

The researcher used the following tolls:
1- Emotional Intelligence Scale……………...... **Designed by**/ Nora Khalil.

2-Modified Post – Traumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self Report………….…**Translated by**/Ahmed Abdel- Khalek.

3- Mother's rate Scale for social and psychological disorders in her autistic child…………… **Designed by**/ Abdel- Fatah Dwidar.

4- Personal data Form ……………………**Designed by**/ the researcher.

5- Counseling – cognitive program……**Designed by**/ the researcher.

The statistical methods:

The researcher analyzed the data obtained from the pre – measurement and post – measurement, by using the Statistical Package for Social Studies (SPSS).

Results of the research:

1- There is a negative statistically significant correlation between Emotional Intelligence, and Post – Traumatic Stress Disorder.

2- There is a negative statistically significant correlation between Emotional Intelligence, and the Mothers' rate for social and psychological disorders in the autistic children.
3- There is a positive statistically significant correlation between Post – Traumatic Stress Disorder, and the Mothers' rate for social and psychological disorders in the autistic children.

4- There are statistical significant differences between pre – and post – measurement in each Emotional Intelligence, Post – Traumatic Stress Disorder, and Mothers' rate for social and psychological disorders in the autistic children.
- The previous results clarify that all the hypotheses of the research were proved their truth.